

I. INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende, a partir de uma prévia recolha e análise de referências bibliográficas, explorar e esclarecer alguns conceitos e princípios da Lei de Saúde Mental em Portugal, evidenciando a sua importância na definição e regulação do internamento compulsivo.

É ainda objetivo deste trabalho a referência a legislações reguladoras do internamento compulsivo em diversos países europeus, como forma de sublinhar as diferenças e semelhanças existentes entre as mesmas. Pretende-se, com esta comparação, clarificar se existem padrões respeitantes à compreensão, atitude e prática a nível do internamento compulsivo.

Por fim, serão ainda apresentados dados epidemiológicos resultantes da recolha e análise de estudos nacionais e internacionais, com a intenção de comprovar a operacionalização das legislações reguladoras do internamento compulsivo.

Espera-se, com este trabalho, criar espaço para uma análise crítica da Lei de Saúde Mental e da sua aplicação, possibilitando, também, através do recurso à comparação com outras legislações, o desenvolvimento de algumas práticas e atitudes, bem como a valorização do que tem sido instituído e possibilitado a partir desta legislação.

II. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Com este capítulo procura-se fazer uma contextualização histórica da doença mental e do internamento compulsivo enquanto tratamento da mesma, de forma a introduzir o conceito de mutabilidade da atitude terapêutica e social perante a perturbação mental.

2.1. História do Internamento Compulsivo

A doença mental sempre esteve rodeada de mitos e preconceitos, estando a sua natureza mal compreendida e frequentemente associada a ideias mágicas de controlo do espírito e da vontade. Concomitantemente, esta ideia da perturbação mental como possessão do espírito incita à perceção da mesma como violação de uma ordem estabelecida e, conseqüentemente, como um fenómeno de marginalidade (Rodrigues, 2000).

Focault dedicou-se a esta temática, apreciando a mesma e descrevendo a perturbação mental como um elemento constituinte e definidor da racionalidade de uma sociedade. No entanto, a loucura tem vindo a ser considerada, até muito recentemente na História da Humanidade, como algo pertencente a um nível de infra-humanidade (Rodrigues, 2000).

Até à Idade Média, embora o estatuto da loucura se constituísse como transcendental e espiritual, era, ainda assim, aceitável perante a sociedade, sendo o doente mental abordado e tratado com respeito. A família e a comunidade próxima eram responsáveis moral e judicialmente pelos seus loucos, ficando estes aos seus cuidados e sem serem alvo de uma particular exclusão social. Aliás, apenas os portadores de perturbação mental que se apresentassem agressivos eram alvo de encarceramento. No entanto, mais perto do final da Idade Média, esta postura para com os doentes mentais tornou-se menos sensível, com um particular enfoque na prática do exorcismo e de técnicas de tortura como forma de tratamento, uma vez que se acreditava que a libertação do espírito ocorria preferencialmente através do castigo (Rodrigues, 2000; Vallejo, 2005).

No Renascimento, por sua vez, a postura perante a doença mental sofre alterações, começando a afastar-se da concepção religiosa e espiritual e revestindo-se de curiosidade e interesse científico. Neste seguimento, surgem então os primeiros estudiosos da doença mental e a alusão a conceitos atuais da psiquiatria, bem como a instauração da necessidade de atribuir a estes doentes cuidados orientados por princípios médicos e humanos (Vallejo, 2005).

Este período histórico propicia a institucionalização do internamento de doentes mentais, cujos primeiros registos datam do século XVII. Ainda assim, é necessário fazer a ressalva de que, nesta fase, as condições das instituições e dos próprios cuidados evidenciavam um marcado desrespeito e desvalorização da identidade e dos direitos humanos dos doentes. Desta forma, aqueles que não se adequassem às expectativas e padrões vigentes na sociedade (por exemplo, homossexuais ou vagabundos) seriam internados em prisões e hospitais (Rodrigues, 2000; Vallejo, 2005).

A loucura é associada ao crime e retribuída como castigo, não existindo a noção de proteção social e sendo enaltecidos valores como a honra da família, a segurança e a defesa dos bens. Assim, lida-se com a loucura procurando a sua exclusão, fundamentalmente através da colocação dos doentes mentais em instituições fechadas (Rodrigues, 2000).

No século XVIII começam a surgir figuras na psiquiatria que procuram revolucionar os cuidados prestados aos doentes mentais, abolindo os hospícios e prisões e criando instituições dignas, em que ambos os aspetos materiais (decoração, quartos com luz solar, jardins) e os aspetos morais eram valorizados (Vallejo, 2005).

No entanto, e ainda que se tenham verificado estas melhorias, a postura em relação à doença mental continuava a ter como objetivos sequestrar e curar, pelo que se mantinha a exclusão da sociedade e consequente confinamento nos asilos e manicómios (Rodrigues, 2000; Vallejo, 2005).

A loucura continuava a ser percecionada, no seio da sociedade, como perturbadora, motivo pelo qual o internamento era um dever resultante do instinto de conservação social e em que apenas se “institucionalizava um estado de facto pois não era possível privar de liberdade aquele que não a possuía” (Pereira, 1986, cit in Rodrigues, 2000).

O entendimento da doença mental enquanto desvio e esta consequente atitude em relação à mesma mantiveram-se até recentemente. Apenas com a mudança do modelo

de cuidados em saúde mental e posteriormente com a criação das legislações de saúde mental, se verificou uma melhoria na qualidade dos cuidados dos doentes psiquiátricos.

2.2.Os Modelos de Cuidados em Saúde Mental

Ao longo da história da saúde mental acima descrita, poder-se-ia dizer que o modelo de cuidados vigente era o designado modelo tradicional ou hospitalar, uma vez que era baseado em hospitais psiquiátricos e instituições psiquiátricas com características asilares e custodiais (Carvalho, 2000).

Posteriormente, em 1985, vários países (nomeadamente Portugal) assumiram o compromisso de participar na reestruturação da organização assistencial da saúde mental, adotando o modelo de cuidados designado como comunitário ou sociocomunitário. A teoria subjacente a este modelo vinha já sendo desenvolvida desde as décadas de 60 e 70, em que, progressivamente, os centros de saúde mental ou as equipas médico-sociais dos hospitais psiquiátricos foram criando e expandindo os cuidados, sobretudo de ambulatório. Estes cuidados consistiam essencialmente em consultas externas a ocorrerem em centros de saúde, hospitais distritais ou em várias instituições das áreas geodemográficas pelas quais tinham responsabilidade assistencial (Albergaria, 2006; Carvalho, 2000).

Neste seguimento, o modelo comunitário consiste em descentralizar os locais de prestação de cuidados, de forma a aproximá-los dos de residência das populações. Desta forma, procura-se melhorar a oferta e reduzir o estigma do recurso ao espaço físico dos hospitais psiquiátricos, em particular por evitarem alguns internamentos (Carvalho, 2000).

O modelo comunitário pode, então, ser definido por três características: a *descentralização* dos serviços de prestação de cuidados de saúde mental, aproximando-os das populações; a *desinstitucionalização* através da prestação destes cuidados, tanto quanto possível, no âmbito de hospitais gerais, em regime de ambulatório e com o propósito de diminuir a estigmatização inerente aos internamentos e permanência em hospitais psiquiátricos; e a *reintegração*, na medida em que a saúde mental não se resume à prevenção, cura ou controlo das doenças mentais, mas diz também respeito à reinserção social, profissional e familiar do indivíduo (Albergaria, 2006).

Neste seguimento, serão então apresentadas as legislações reguladoras do internamento compulsivo nos países da Comissão Europeia, com particular atenção dada à Lei de Saúde Mental Portuguesa.

III. LEI DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

No presente capítulo será exposto o surgimento da Lei de Saúde Mental em Portugal e as consequências políticas e legais por esta motivada, de forma a obter a estrutura atual. De igual forma, serão apresentados e descritos os conceitos centrais desta legislação, possibilitando a posterior análise dos vários artigos seus constituintes.

3.1. O Início das Legislações de Saúde Mental

No seguimento da revolução conceptual previamente descrita, em que o entendimento da doença mental e a consequente atitude perante esta sofreram desenvolvimentos significativos, surge, então, por parte de diversas entidades e organizações internacionais, a necessidade de atentar aos Direitos Humanos no contexto da Psiquiatria e do cuidado da patologia mental.

Assim, poder-se-á afirmar que a mudança de paradigma em relação à doença mental foi um dos principais propulsores para a criação das legislações no âmbito da saúde mental.

Surge, inicialmente, a Recomendação n.º 818, de 1977, elaborada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, em que é defendida a ideia de que a situação dos portadores de doença mental se relaciona com a vitalidade da organização democrática, tal como concebida atualmente. Ainda que, neste documento, seja reconhecida a dificuldade na definição de doença mental, uma vez que os critérios variam de acordo com as épocas e com as condições sociológicas inerentes a cada uma, o Conselho da Europa assume que se tem vindo a verificar uma evolução nas atitudes para com a doença mental, não só a nível clínico, como também a nível do grande público. Desta forma, verifica-se uma maior predisposição para a prevenção de erros e abusos em contextos psiquiátricos ou outros contextos de prestação de cuidados aos portadores de doença mental.

Assim, o Conselho da Europa elabora um conjunto de recomendações que dirige ao Comité de Ministros, convidando a sua adoção por parte dos governos dos Estados membros. Destas recomendações fazem parte:

- a) a revisão de leis e regulamentos respeitantes ao internamento de doentes mentais, redefinindo conceitos fundamentais (nomeadamente, “perigosidade”), reduzindo ao mínimo os internamentos involuntários, suprimindo a prática da censura da correspondência, colocando sob a jurisdição das autoridades de saúde aqueles que forem reconhecidos como doentes mentais pelos Tribunais aquando do crime ou do processo e possibilitando um recurso, de forma a interpor das decisões que incluam uma medida de internamento;
- b) a criação de comissões ou Tribunais independentes responsáveis pela proteção das pessoas portadoras de doença mental;
- c) a determinação de que as decisões judiciais não devem ser tomadas apenas com base em relatórios médicos, sendo possibilitado ao doente o direito de defesa;
- d) a modificação das regras respeitantes à capacidade civil;
- e) a atribuição do direito de eleição para os doentes mentais, mediante a compreensão do significado do voto, e a adoção de medidas de modo a facilitar o exercício deste direito;
- f) A criação de um grupo de trabalho constituído por peritos e técnicos, com o objetivo de redefinir os critérios fundamentais da doença mental;
- g) a aprovação de políticas destinadas à redução dos grandes estabelecimentos de prestação de cuidados psiquiátricos e concomitante multiplicação dos serviços de cuidados em comunidade, proporcionando aos doentes uma maior proximidade ao seu meio;
- h) a procura de técnicas e meios mais humanos na prestação de cuidados aos doentes mentais;
- i) o incentivo de estudos referentes à formação e condições de trabalho dos elementos que trabalham no contexto psiquiátrico;
- j) o encorajamento, junto dos poderes locais, para que estes assumam um papel mais ativo na readaptação socioprofissional dos ex-internados;
- k) o empenhamento no sentido de que os processos mantidos nas instituições psiquiátricas ou qualquer outra documentação respeitante a ex-internados,

sejam abrangidos pelo segredo médico, não podendo, como tal, ser utilizadas para limitar ou condicionar de forma injusta a procura de trabalho dos mesmos (Rodrigues, 2000).

No seguimento deste documento, surge um outro, elaborado pelo Comité de Ministros e designado como a Recomendação n.º R (83), tendo sido aprovado a 22 de Fevereiro de 1983. Este documento, que pretende assumir-se como mais completo que o anterior, determinou um conjunto de princípios, nomeadamente:

- a) a dificuldade de adaptação a valores morais, sociais, políticos, não pode, *per se*, ser classificada como perturbação mental;
- b) o internamento involuntário pode apenas ser aplicado quando, por motivos de presença de perturbação mental, o doente represente um sério perigo para si ou para terceiros;
- c) os estados membros podem, não obstante, decretar o internamento quando, perante a gravidade da perturbação, este se assuma como forma de evitar ou prevenir a agudização do quadro clínico ou assegurar o tratamento apropriado;
- d) a decisão de internamento deve competir a uma autoridade judicial ou a uma outra autoridade adequada prevista na lei, podendo o internamento, em casos de urgência, decorrer de uma decisão médica que informará imediatamente a autoridade;
- e) quando a decisão de aplicar a medida de internamento for tomada por uma autoridade não judicial, esta deverá ser diferente da que inicialmente solicitou o internamento;
- f) em qualquer das possibilidades referidas, o doente deve ser informado dos seus direitos, nomeadamente, o direito de ser ouvido e o direito a um recurso judicial;
- g) o doente deve ser tratado de acordo com os mesmos critérios éticos e científicos de qualquer outro doente;

- h) são apenas permitidas restrições à liberdade individual quando necessárias, considerando a condição de saúde e o sucesso do tratamento, sendo, no entanto, de salvaguardar o direito de comunicação do doente com a autoridade e o direito de envio de correspondência não censurada;
- i) o internamento deve ser temporalmente limitado ou reavaliado em intervalos regulares, podendo o doente requerer que esta condição seja objeto de apreciação judicial;
- j) o internamento não constitui, *per se*, uma razão para a restrição da capacidade legal;
- k) em todos os casos, deve ser respeitada a dignidade do doente e serem tomadas medidas adequadas para proteger a sua saúde (Rodrigues, 2000).

Posteriormente, outros documentos foram elaborados, com a intenção de desenvolver e aperfeiçoar os critérios e princípios reguladores do internamento involuntário, tendo como objetivo principal a proteção do doente e a valorização da sua liberdade individual.

É, aliás, de referir que a noção de “internamento involuntário ou forçado” tem vindo a ser alvo de particular atenção e cuidado na generalidade das legislações, sendo salvaguardado que este seja apenas admitido em certos casos e mediante o cumprimento de determinados protocolos e garantias. A principal problemática do internamento involuntário diz respeito à privação da liberdade, devendo-se, como tal, atentar à relação entre a situação patológica do doente e a sua liberdade individual e cumprir os princípios estipulados, no sentido de promover o adequado cuidado do doente e a sua valorização enquanto indivíduo.

3.2. A Lei de Saúde Mental em Portugal

Neste seguimento, e sem exceção, a Lei de Saúde Mental em Portugal foi elaborada com base nestes pressupostos. No entanto, e ainda que assente em princípios de respeito pela liberdade individual e de preservação da dignidade humana, a noção de

internamento compulsivo presente na mesma colidia com a Constituição da República Portuguesa, requerendo uma revisão prévia desta. Na Constituição, o artigo 27.º, n.º 2, determinava que “ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade, a não ser em consequência de sentença judicial condenatória pela prática de ato punido por lei com pena de prisão ou de aplicação judicial de medida de segurança”, não sendo prevista, em nenhuma das exceções a este princípio, a possibilidade de doentes mentais não sujeitos a penas ou medidas de segurança.

O internamento, enquanto medida de segurança reconhecida pela Constituição, subentendia a inimputabilidade, a prática de um facto ilícito típico e, fosse pelo grau de perturbação mental ou pela gravidade do ato praticado, a possibilidade de repetição do mesmo. Desta forma, não eram consideradas as situações de perigosidade dissociadas da prática de crime.

Este obstáculo constitucional foi ultrapassado com a revisão realizada em 1997, em que foi aditada a exceção ao artigo 27.º que permite “a privação da liberdade, pelo tempo e nas condições que a lei determinar” em caso de “o internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente” (artigo 27.º, n.º 3, alínea *h* da CRP) (Rodrigues, 2000; Andrade, 2000).

Esta revisão constitucional deveu-se, em muito, à mudança de atitude verificada em Portugal perante a doença mental e à crescente valorização dos direitos humanos e consequente expansão do movimento da bioética. Nunca é demais reforçar a ideia de que, e como já descrito anteriormente, a mudança de paradigma relativamente aos cuidados em Psiquiatria revolucionou a própria qualidade dos mesmos e a sua regulação.

Surge, assim, a Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, designada como a Lei de Saúde Mental, tendo sido publicada a 24 de Julho de 1998 e encontrando-se em vigor desde Janeiro de 1999. Esta lei visa a determinação dos princípios gerais de política de saúde mental e a regulação do internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, nomeadamente de pessoas com doença mental.

Ainda que, a nível de política de saúde mental, esta Lei se confine à apresentação de princípios gerais, no que diz respeito ao internamento compulsivo revela-se mais completa, anunciando um conjunto de princípios orientadores e reguladores deste. Para este efeito, a Lei de Saúde Mental recorre a critérios, organizações e mecanismos do

direito penal e do direito processual penal, sendo, no entanto, a regulação do internamento compulsivo parte integrante do direito administrativo.

Neste seguimento, iremos então aprofundar a estrutura e conteúdo da Lei de Saúde Mental, introduzindo previamente o esclarecimento dos conceitos fundamentais da mesma.

3.3. Conceitos Fundamentais da Lei de Saúde Mental

Antes de abordar em detalhe a Lei de Saúde Mental, revela-se pertinente a introdução e apresentação de alguns conceitos relevantes para uma melhor compreensão da lógica reguladora.

A própria Lei inclui, na sua estrutura, definições de conceitos, nomeadamente o de internamento compulsivo, internamento voluntário, internando, estabelecimento, autoridades de saúde pública e autoridades de polícia, relevantes para a organização e operacionalização da própria lei.

Assim, internamento compulsivo é descrito como o internamento por decisão judicial do portador de anomalia psíquica (artigo 7.º, alínea *a*)), contrastando com o internamento voluntário, em que o internamento ocorre mediante solicitação do portador de anomalia psíquica ou, no caso de menor de 14 anos, do seu representante legal (artigo 7.º, alínea *b*)). O internamento terá lugar num estabelecimento adequado, estabelecido na lei como um hospital ou instituição análoga que permita o tratamento do portador de anomalia psíquica (artigo 7.º, alínea *d*)).

Durante o processo que medeia o pedido de internamento e a própria decisão tomada pelas entidades competentes, o portador de anomalia psíquica é designado como internando (artigo 7.º, alínea *c*)). Algumas das entidades passíveis de estarem envolvidas em alguma das fases do processo de internamento são as autoridades de saúde pública e as autoridades de polícia e que, considerando a pouca especificação a que estes conceitos remetem, foi necessária a sua concretização (artigo 7.º, alíneas *e*) e *f*)). Neste sentido, a definição destas autoridades é remetida para as leis que as qualifiquem.

Há ainda dois conceitos centrais à essência da própria lei, concretamente o de anomalia psíquica e o de perigosidade.

No que concerne à anomalia psíquica, a presença da mesma é um elemento essencial para a ponderação e aplicação da decisão de internamento. A escolha desta terminologia, em contraste com uma menos vaga, prende-se precisamente com a necessidade de evitar a cristalização do conceito e manter o mesmo permeável à evolução da ciência psiquiátrica.

Assim, e ainda que o conceito de anomalia psíquica seja abrangente, revela-se importante alertar para o requisito de gravidade a esta inerente, fazendo referência ao grave comprometimento das capacidades intelectuais e volitivas do indivíduo. Em relação a esta questão, é de referir o caso das intoxicações alcoólicas e toxicodependência, em que são apenas abrangidas pela Lei de Saúde Mental aquando da presença de um quadro devidamente concretizado e verificando-se os comprometimentos acima mencionados (Albergaria, 2006).

Da mesma forma, as perturbações da personalidade levantam algumas questões, uma vez que, na generalidade, a possibilidade de internamento compulsivo poderá ser afastada, dado as perturbações de personalidade inserirem-se no “modo de ser” do indivíduo e, como tal, assumirem-se como características estruturais, permanentes e, à exceção de alguns casos, pouco sensível ao tratamento farmacológico (Albergaria, 2006).

Relativamente à perigosidade, este revela-se, de igual forma, um conceito de difícil definição, uma vez que a relação entre psicopatologia e comportamento perigoso é algo frágil. Isto advém do facto de o estado de perigosidade não ser permanente e imutável, podendo, inclusivamente, manifestar-se como contextual e específico. Neste seguimento, a avaliação da perigosidade resulta da apreciação dos indícios médicos e psicológicos do perigo, tendo em particular consideração a sua frequência, probabilidade e gravidade. Assim, é de valorizar a presença de sintomatologia psicótica ativa ou de outra sintomatologia passível de ser inserida num quadro clínico frequentemente associado a comportamentos violentos, bem como antecedentes relacionais, pessoais, familiares do indivíduo, episódios prévios de violência ou comportamento impulsivo, história familiar pautada por episódios violentos, acessibilidade a meios de concretização de comportamentos violentos, abuso de álcool e/ou drogas, relutância na aderência à terapêutica farmacológica (Albergaria, 2006).

Para além da consideração destes fatores de risco, é ainda importante, para a determinação da perigosidade, a existência factual de situações de perigo, isto é, que o

indivíduo tenha, de forma efetiva, criado as mesmas. Não é, portanto, suficiente que se aprecie apenas o *perigo potencial* (Albergaria, 2006).

São, assim, vários os conceitos a ter em consideração para a compreensão da Lei de Saúde Mental, a ser explicitada seguidamente.

3.4. A Lei de Saúde Mental

A Lei de Saúde Mental tem como principal objetivo a determinação dos princípios gerais da política de saúde mental e a regulação do internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica, nomeadamente, das pessoas com doença mental.

3.4.1. Princípios Gerais da Política de Saúde Mental

Neste seguimento, e respeitante ao principal objetivo (artigo 1.º do Capítulo I), a Lei de Saúde Mental aborda, para além dos já mencionados princípios orientadores da política de saúde mental, os contributos da promoção de um desenvolvimento psíquico saudável e formas de a concretizar. Assim, é definido na Lei que a proteção da saúde mental advém da implementação de estratégias passíveis de assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, de forma a estimular o desenvolvimento de capacidades envolvidas na construção da personalidade e promover a sua integração no meio social vigente (artigo 2.º, ponto 1). A doença mental é definida não apenas numa perspetiva estritamente clínica, mas integrada num contexto social que, inevitavelmente, contribui para moldar a estrutura psíquica do indivíduo.

Para este efeito, são sugeridas ações de prevenção primárias, secundárias e terciárias da doença mental (artigo 2.º, ponto 2). Por prevenção primária entenda-se a aplicação de estratégias destinadas à redução da frequência das psicopatologias através do controlo dos fatores que as determinam. Prevenção secundária, por sua vez, refere-se ao diagnóstico e tratamento da psicopatologia, sendo a prevenção terciária dirigida à reabilitação/reinserção social dos indivíduos e redução das consequências incapacitantes da doença (Albergaria, 2006).

Tendo estas noções em mente, seguem-se os princípios gerais da política de saúde mental, que não são mais que orientações gerais para a adequada prestação de cuidados no âmbito da saúde mental. Encontra-se, então, disposto na Lei (artigo 3.º, ponto 1) que *a)* esta prestação de cuidados deverá ser promovida prioritariamente a nível da comunidade, de forma a evitar o afastamento dos doentes do seu contexto habitual e a coadjuvar na sua reabilitação e inserção social. Da mesma forma, *b)* os cuidados de saúde mental deverão ser prestados em contexto o menos restritivo possível, sendo que, no caso de tal ser necessário (recurso ao tratamento de doentes em regime de internamento), estes *c)* ocorrerão, tendencialmente, em hospitais gerais. Na presença de *d)* doentes que necessitem, fundamentalmente, de reabilitação psicossocial, deverão ter a prestação dos cuidados em estruturas destinadas a tal, inseridas na comunidade e adaptadas ao grau de autonomia dos doentes.

São ainda descritos os direitos dos utentes dos serviços de saúde mental, nomeadamente, *a)* o direito a ser informado, de forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seu efeito previsível; *b)* o direito a receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade; *c)* o direito a decidir receber ou recusar as intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, exceto em contexto de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros; *d)* o direito a não ser submetido a eletroconvulsivoterapia sem o seu prévio consentimento escrito; *e)* o direito a aceitar ou recusar a participação em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação; *f)* o direito a usufruir de condições dignas de habitabilidade, higiene, alimentação, segurança, respeito e privacidade em serviços de internamento e estruturas residenciais; *g)* o direito a comunicar com o exterior e ser visitado por familiares, amigos e representantes legais, com as limitações inerentes ao funcionamento dos serviços e da natureza da doença; *h)* o direito a receber justa remuneração pelas atividades e pelos serviços por ele prestados; *i)* o direito a receber apoio no exercício dos direitos de reclamação e queixa (artigo 5.º, ponto 1).

As alíneas *a)*, *c)*, *d)* e *e)* reportam ao modelo do consentimento informado, em que o doente se apresenta como um centro de decisão autónoma em relação à sua doença. Para tal, é necessário que seja transmitida pelo médico a informação suficiente sobre o plano terapêutico proposto (que deverá fazer menção das alternativas a esse plano e a razão da opção médica) e sobre os seus efeitos previsíveis (quais as possibilidades de êxito e riscos que envolve), sendo imperativo que o médico se assegure de que o doente compreendeu, de facto, o que lhe foi transmitido. Este modelo contrasta com um outro

que se assumiu, durante muito tempo, como dominante, designado por modelo hipocrático do paternalismo clínico, baseado numa perspetiva onipotente e autoritária do médico à qual correspondia um papel passivo do doente (Albergaria, 2006).

No caso de os doentes serem menores de 14 anos ou não possuírem o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, os direitos referidos nestas alíneas são assumidos e exercidos pelos representantes legais (artigo 5.º, ponto 3).

Aqui, revela-se importante fazer a distinção entre incapacidade jurídica e incapacidade de facto, sendo que apenas a determinação desta última é relevante para a questão do consentimento informado. A atribuição de incapacidade de facto resulta da avaliação da capacidade de um indivíduo para compreender o alcance e sentido do consentimento em relação a um determinado ato médico. Desta forma, no caso de ser considerado capaz a este nível, e ainda que identificado como juridicamente incapaz, a sua vontade deverá ser respeitada (Albergaria, 2006).

Ainda em relação ao segundo segmento da alínea c) do artigo 5.º, que identifica o internamento compulsivo e as situações de urgência como exceções ao direito de decisão sobre a realização das intervenções diagnósticas ou terapêuticas, é de sublinhar que, não obstante a escusa de consentimento informado, o médico deverá procurar informar devidamente o doente relativamente às mesmas intervenções.

3.4.2. O Internamento Compulsivo

A Lei de Saúde Mental regula o internamento compulsivo (artigo 6.º, Secção I, Capítulo II), sendo, no entanto, de sublinhar que, embora o internamento como medida de segurança criminal e o internamento como medida de coação sejam igualmente passíveis de serem considerados “internamentos compulsivos”, não é sobre estes que incide o foco desta lei. Assim, o internamento compulsivo contemplado na Lei de Saúde Mental tem, como fundamento primário, a presença de anomalia psíquica grave.

Neste seguimento, está então incluído o internamento compulsivo de pessoas portadores de anomalia psíquica maiores de 14 anos que, revelando perigosidade para bens jurídicos, recusem o internamento necessário ou sejam incapazes de avaliar o sentido e alcance do consentimento para aquele internamento. Da mesma forma,

situações de internamento voluntário em que se verifiquem os pressupostos do internamento de perigo ou urgente (a serem descritos posteriormente) são também abrangidas por esta lei (Albergaria, 2006).

Os princípios gerais reguladores do internamento compulsivo determinam que o internamento só pode ser aplicado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento do internado e finda logo que cessem os fundamentos que o motivaram, devendo ser proporcionado ao grau de perigo e ao bem jurídico em questão (artigo 8.º, pontos 1 e 2). Quando possível, o internamento deverá ser substituído por tratamento em regime de ambulatório, tendo sempre em consideração que as restrições aos direitos fundamentais decorrentes do internamento compulsivo são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento no qual o internamento tem lugar (artigo 8.º, pontos 3 e 4).

Verificam-se, assim, os subprincípios da necessidade, adequação e proporcionalidade no que diz respeito à decisão, manutenção e execução do internamento compulsivo (Albergaria, 2006).

Uma vez que a preservação dos direitos do portador de anomalia psíquica se revela um elemento basilar da estrutura da Lei de Saúde Mental, esta discrimina os direitos e deveres do internando, bem como os direitos e deveres do internado. É de salientar que, para além destes direitos e deveres específicos, o indivíduo na condição de internando ou internado é também assistido por todos os direitos decorrentes do respeito pelos princípios constitucionais que envolvem o processo.

Assim, os direitos do internando (artigo 10.º, ponto 1) consistem em:

- a) ser informado dos direitos que lhe assistem;
- b) estar presente aos atos processuais que diretamente lhe disserem respeito, exceto se o seu estado de saúde o impedir;
- c) ser ouvido pelo juiz sempre que possa ser tomada uma decisão que pessoalmente o afete, exceto se o seu estado de saúde tornar a audição inútil ou inviável;
- d) ser assistido por um defensor, constituído ou nomeado, em todos os atos processuais em que participar e ainda nos atos processuais que diretamente lhe disserem respeito e em que não esteja presente;

- e) oferecer provas e requerer diligências que se lhe afigurem necessárias.

No que concerne aos deveres, o internando tem o dever de se submeter à avaliação clínico-psiquiátrica, ao cumprimento da decisão de internamento, à sua condução e apresentação ao estabelecimento determinado e à decisão final, sendo estes artigos posteriormente desenvolvidos no seguimento deste trabalho (artigo 10.º, ponto 2).

O internado, por sua vez, goza dos direitos gerais reconhecidos aos internados nos hospitais gerais, bem como dos direitos específicos (artigo 11.º, ponto 1) de:

- a) ser informado e, sempre que necessário, esclarecido sobre os direitos que lhe assistem;
- b) ser esclarecido sobre os motivos da privação da liberdade;
- c) ser assistido por defensor constituído ou nomeado, podendo comunicar em privado com este;
- d) recorrer da decisão de internamento e da decisão que o mantenha;
- e) votar, nos termos da lei;
- f) enviar e receber correspondência;
- g) comunicar com a Comissão de Acompanhamento, responsável pelo acompanhamento da execução do internamento compulsivo.

Relativamente aos deveres, o internado tem o dever de se submeter aos tratamentos medicamente indicados, exceto no caso da realização de intervenção psicocirúrgica, em que são necessários, para além do prévio consentimento informal, o parecer escrito favorável de dois médicos psiquiatras designados pelo Conselho Nacional de Saúde Mental (artigo 10.º, ponto 2).

Assim, e a título de síntese, o internamento compulsivo aplica-se quando o portador de anomalia psíquica grave crie, por força desta, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial e recuse submeter-se ao necessário tratamento médico (denominado como internamento de perigo). Por outro lado, o portador de anomalia psíquica grave que não possua o

discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento (o designado internamento tutelar), pode igualmente ser alvo da aplicação do internamento compulsivo.

No caso da primeira tipologia de internamento compulsivo, em que a criação de perigo para um determinado bem jurídico é um conceito central para a determinação do internamento, é fundamental o estabelecimento de uma relação causal adequada entre o perigo e a anomalia psíquica diagnosticada. Por outras palavras, é necessário que o perigo provocado pelo internando seja inequivocamente relacionado ou resultante daquela anomalia psíquica (Albergaria, 2006).

Uma particularidade deste tipo de internamento é, no caso de o internando se recusar ao tratamento medicamente determinado, não ser necessária a prévia verificação da sua capacidade para avaliar o sentido e alcance do consentimento, ao contrário do que se verifica no internamento tutelar. No segundo tipo de internamento, esta avaliação médica da capacidade do internando, é, aliás, uma medida de primeira linha, sendo a mesma atribuída a um médico psiquiatra que deverá igualmente determinar se, na ausência de tratamento adequado, ocorrerá uma deterioração acentuada do estado do portador de anomalia psíquica. (Albergaria, 2006)

O internamento compulsivo pode ser requerido pelo representante legal do portador de anomalia psíquica (podendo estes ser os progenitores ou o tutor, no caso de ser menor ou já declarado interdito), qualquer pessoa com legitimidade para requerer a sua interdição (sendo, novamente, os progenitores e o tutor, bem como o Ministério Público, o cônjuge do internando ou qualquer parente sucessível), as autoridades de saúde pública e o Ministério Público (artigo 13.º, ponto 1). Para além destas possibilidades, pode ainda algum médico, que durante o exercício das suas funções verifique a presença de uma anomalia psíquica grave que cumpra os requisitos para a aplicação de internamento compulsivo, comunicar à autoridade de saúde pública competente para que o mesmo seja requerido formalmente (artigo 13.º, ponto 2). No caso de essa verificação de anomalia psíquica grave ocorrer no decurso de um internamento voluntário, tem o diretor clínico do estabelecimento a legitimidade para requerer o internamento compulsivo (artigo 13.º, ponto 3).

O requerimento do internamento compulsivo deverá ser dirigido ao tribunal competente, por escrito, sem quaisquer formalidades especiais e incluir a descrição dos factos que fundamentam a pretensão do requerente (artigo 14.º, ponto 1). Neste seguimento, e sempre que possível, o requerimento deve conter elementos que possam

contribuir para a decisão do juiz, nomeadamente relatórios clínico-psiquiátricos e psicossociais (artigo 14.º, ponto 2).

Após a receção do requerimento, o juiz notifica o internando, informando-o dos direitos e deveres processuais que lhe assistem, nomeando um defensor, cuja intervenção cessará quando um mandatário for constituído (artigo 15.º, ponto 1). Assim, o defensor e o familiar mais próximo do internando que com ele conviva ou a pessoa que com o internando viva em condições análogas às dos cônjuges, são notificados para requerer o que tiverem por conveniente num prazo de 5 dias (artigo 15.º, ponto 2). Em igual prazo, o processo é também entregue ao Ministério Público (artigo 15.º, ponto 3).

Posteriormente, o juiz, oficiosamente ou a requerimento, determina a realização das diligências que se lhe afigurem necessárias, nomeadamente a reunião de elementos clínicos ou psicossociais que não tenham sido apensos ao requerimento inicial e a audição de pessoas que tenham assistido a factos praticados pelo internando e suscetíveis de comprovar a existência e o grau de perigosidade, fundamental para a decisão de internamento. Da mesma forma, o juiz determina igualmente a realização da avaliação clínico-psiquiátrica do internando, de carácter obrigatório, sendo o mesmo notificado para este efeito (artigo 16.º, ponto 1).

No que concerne à avaliação clínico-psiquiátrica, esta é atribuída aos serviços oficiais de assistência psiquiátrica da área de residência do internando, devendo ser realizada por dois médicos psiquiatras, no prazo de 15 dias, e com eventual colaboração de outros técnicos de saúde mental (artigo 17.º, ponto 1). Excecionalmente, poderá esta avaliação ser deferida ao serviço de psiquiatria forense do instituto de medicina legal da respetiva circunscrição (artigo 17.º, ponto 2). No caso de ser previsível a não comparência do internando na data definida para a avaliação clínico-psiquiátrica, o juiz ordena a emissão de mandado de condução para assegurar a presença deste na mesma (artigo 17.º, ponto 3).

O relatório resultante desta avaliação deverá ser enviado num prazo máximo de 7 dias, sendo o juízo técnico-científico inerente ao mesmo subtraído à livre apreciação do juiz, ou seja, é retirado ao juiz qualquer interferência valorativa em relação à avaliação clínico-psiquiátrica (artigo 17.º, pontos 4 e 5). Não obstante, compete ao juiz a avaliação e questionamento da lógica e coerência interna do relatório médico, bem como a determinação da relevância do estado psíquico do internando para efeito de internamento (Albergaria, 2006).

Ainda em relação ao relatório clínico-psiquiátrico, e no caso de se verificar discordância entre os dois psiquiatras envolvidos na avaliação, cada um destes apresentará o seu relatório separadamente, podendo o juiz determinar que seja renovada a avaliação a cargo de outros psiquiatras (artigo 18.º, ponto 3).

Após a receção do relatório da avaliação clínico-psiquiátrica, o juiz determina data para a sessão conjunta, notificando o internando, o defensor, o requerente e o Ministério Público, assim como quaisquer outras pessoas que considere relevantes para a ponderação da decisão (artigo 18.º, pontos 1 e 2).

Nesta sessão conjunta é obrigatória a presença do defensor do internando e do Ministério Público (artigo 19.º, ponto 1). Após a audição das pessoas convocadas, o juiz profere uma decisão de imediato ou no prazo máximo de 5 dias, no caso de o procedimento revestir complexidade (artigo 19.º, ponto 2). Se, nesta fase, o internando aceitar o internamento e não houver razões para duvidar da aceitação, o juiz providencia a apresentação deste no serviço de saúde mental mais próximo e determina o arquivamento do processo (artigo 19.º, ponto 3).

A decisão sobre o internamento é sempre fundamentada, devendo a mesma identificar a pessoa a internar e especificar as razões clínicas, o diagnóstico clínico (quando existente) e a justificação do internamento, sendo posteriormente notificada ao Ministério Público, ao internando, ao defensor e ao requerente (artigo 20.º, pontos 1, 2 e 3).

Na decisão de internamento, o juiz determina a apresentação do internando no serviço oficial de saúde mental mais próximo, o qual providencia o internamento imediato (artigo 21.º, ponto 1). O juiz emite igualmente um mandado de condução com identificação da pessoa a internar, o qual é cumprido, sempre que possível, pelo serviço oficial de saúde mental anteriormente referido, que, quando necessário, solicita a coadjuvação das forças policiais (artigo 21.º, ponto 2). Na eventualidade de não ser possível o cumprimento do mandado de condução nestes termos, as forças policiais podem fazê-lo cumprir (artigo 21.º, ponto 3).

Assim que seja determinado o local definitivo do internamento, que deverá situar-se o mais próximo possível da residência do internado, o mesmo é comunicado ao defensor deste e ao familiar mais próximo que com ele conviva, à pessoa que com ele viva em condições análogas às dos cônjuges ou a pessoa de confiança do internado (artigo 21.º, ponto 4).

Tabela 1.

Algoritmo de Internamento Compulsivo (Casos Standard) (Xavier, 2002)

Procedimento	Responsabilidade
Pedido (a um Tribunal)	Elemento da família, autoridade de saúde, tutor, médico, Ministério Público
Notificação (família, Ministério Público)	Tribunal
Atribuição de um advogado independente	
Avaliação Psiquiátrica	Dois psiquiatras (hospital público)
Sessão conjunta	Tribunal + Advogado independente + Ministério Público
Decisão	Tribunal
Admissão/Internamento	Equipa psiquiátrica (polícia, se necessário)

3.4.3. O Internamento de Urgência

O internamento compulsivo de urgência pode ocorrer quando um portador de anomalia psíquica grave crie, devido a esta e por deterioração aguda do seu estado, uma situação de perigo iminente para bens jurídicos, recusando submeter-se ao necessário tratamento médico (artigo 22.º).

Neste seguimento, a designação de “urgência” refere-se ao facto de a privação da liberdade do portador de anomalia psíquica ocorrer antes de qualquer intervenção do tribunal, por decisão administrativa e por motivos inadiáveis (Albergaria, 2006).

No caso de serem verificados os pressupostos acima mencionados, as autoridades de polícia ou de saúde pública podem determinar, oficiosamente ou a requerimento,

através de mandado, que o portador de anomalia psíquica seja conduzido ao estabelecimento com urgência psiquiátrica mais próximo do local em que se iniciou a condução (artigo 23.º, ponto 1). Aqui, será submetido a avaliação clínico-psiquiátrica com registo clínico e a prestação de assistência médica, se necessário (artigo 24.º).

O mandado é cumprido pelas forças policiais, contendo a assinatura da entidade competente, a identificação da pessoa a conduzir e a indicação das razões que o fundamentam (artigo 23.º, ponto 2). Quando, pela razão de urgência e de perigo na demora, não seja possível a emissão prévia de um mandado, qualquer agente policial pode proceder à condução imediata do internando, sendo elaborado um auto em que os factos, circunstâncias de tempo e de lugar da condução são discriminados (artigo 23.º, pontos 3 e 4). A este nível, não se exige uma descrição das razões médicas que motivam o internamento, mas apenas os factos que, numa apreciação leiga, possam comprovar que o internando seja portador de uma anomalia psíquica e que, por deterioração aguda do seu estado, cria uma situação de perigo iminente para bens jurídicos, para além de se recusar a submeter-se ao necessário tratamento médico (Albergaria, 2006). Esta condução deverá ser imediatamente comunicada ao Ministério Público com competência na área em que a mesma se iniciou (artigo 23.º, ponto 5).

Quando da avaliação clínico-psiquiátrica resultar a necessidade de internamento e o internando a este se opuser, o estabelecimento comunica, de imediato, ao tribunal judicial com competência na área a sua admissão, mediante cópia do mandado e do relatório de avaliação (artigo 25.º, ponto 1). Quando, no entanto, a avaliação clínico-psiquiátrica não confirmar a necessidade do internamento, a entidade que tiver apresentado o portador de anomalia psíquica restitui-o imediatamente à liberdade, remetendo o expediente ao Ministério Público com competência na área (artigo 25.º, ponto 2). Considera-se que a avaliação clínico-psiquiátrica não confirma a necessidade de internamento, quando 1) o mesmo não seja imposto por razões médicas (ou seja, o detido não é portador de anomalia psíquica); 2) na presença de patologia, não resulta desta perigo relevante para bens jurídicos do próprio ou de terceiros; 3) o tratamento pode ser levado a efeito em regime de ambulatório (Albergaria, 2006).

Após a comunicação ao tribunal da admissão do internando, o juiz nomeia um defensor e, mediante a realização das diligências consideradas necessárias, profere decisão de manutenção ou cessação do internamento no prazo máximo de 48 horas a contar da privação de liberdade (artigo 26.º, pontos 1 e 2). No caso de a decisão ser favorável à manutenção do internamento, esta é comunicada ao tribunal competente,

bem como ao internando, ao familiar mais próximo que com ele conviva ou à pessoa que com ele viva em condições análogas às dos cônjuges e ao médico assistente (artigo 26.º, pontos 3 e 4).

Recebida a comunicação do internamento ao tribunal competente, o juiz dá então início ao processo de internamento compulsivo, ordenando que, no prazo de cinco dias, ocorra uma nova avaliação clínico-psiquiátrica a cargo de dois psiquiatras que não tenham procedido à anterior e com eventual colaboração de outros técnicos de saúde mental (artigo 27.º, ponto 1). Posteriormente, é então aplicável o processo de avaliação e decisão previamente descrito em relação ao internamento compulsivo.

É ainda relevante alertar para o conteúdo da Lei de Saúde Mental que aborda a possibilidade de substituição do internamento, de revisão da situação do internado e de cessação do internamento. Assim, no que diz respeito à substituição do internamento, consta que este pode ser transferido para tratamento compulsivo em regime de ambulatório sempre que se reúnam as condições para que o tratamento ocorra em liberdade (artigo 33.º, ponto 1). Esta substituição depende da manifesta aceitação, por parte do internando, das condições fixadas pelo psiquiatra assistente em relação ao tratamento em ambulatório, sendo comunicada ao tribunal competente (artigo 33.º, pontos 2 e 3). No caso de o portador de anomalia psíquica deixar de cumprir as condições estabelecidas, o psiquiatra assistente deverá comunicar o incumprimento ao tribunal competente, retomando-se o internamento (artigo 33.º, ponto 4). Assim, é de sublinhar que a substituição por tratamento ambulatório não pressupõe, de modo algum, a atribuição de alta clínica.

Pode ocorrer ainda que, na existência de causa justificativa de cessação do internamento, o tribunal competente deva reavaliar a possibilidade, sendo, aliás, a revisão da decisão obrigatória decorridos dois meses sobre o início do tratamento ou sobre a decisão de manutenção do mesmo (artigo 35.º, pontos 1 e 2). Assim, deverá o estabelecimento enviar, até 10 dias da data estipulada para a revisão, um relatório da avaliação clínico-psiquiátrica (artigo 35.º, ponto 4). Esta revisão tem lugar com audição do Ministério Público, do defensor e do internado, exceto se o seu estado de saúde não o permitir (artigo 35.º, ponto 5).

Relativamente à cessação do internamento, este termina quando cessarem os pressupostos que lhe deram origem (artigo 34.º, ponto 1). Desta forma, a cessação pode ocorrer por decisão judicial ou por alta dada pelo diretor clínico do estabelecimento, fundamentada em relatório de avaliação clínico-psiquiátrica do serviço de saúde onde

decorreu o internamento (artigo 34.º, ponto 2). A alta é, mais uma vez, imediatamente comunicada ao tribunal competente (artigo 34.º, ponto 3).

Tabela 2.

Algoritmo de Internamento Compulsivo (Casos de Emergência) (Xavier, 2002)

Procedimento	Responsabilidade
Condução do doente a um Serviço de Urgência	Polícia
1ª Avaliação psiquiátrica	Psiquiatra (Serviço de Urgência)
Pedido (a um Tribunal)	Psiquiatra (Serviço de Urgência)
Confirmação (num período de 48 horas)	Tribunal
Notificação (família, Ministério Público)	Tribunal
Atribuição de um advogado independente	
2ª Avaliação Psiquiátrica (num prazo de 5 dias)	Dois psiquiatras (hospital público)
Sessão conjunta	Tribunal + Advogado independente + Ministério Público
Decisão	Tribunal

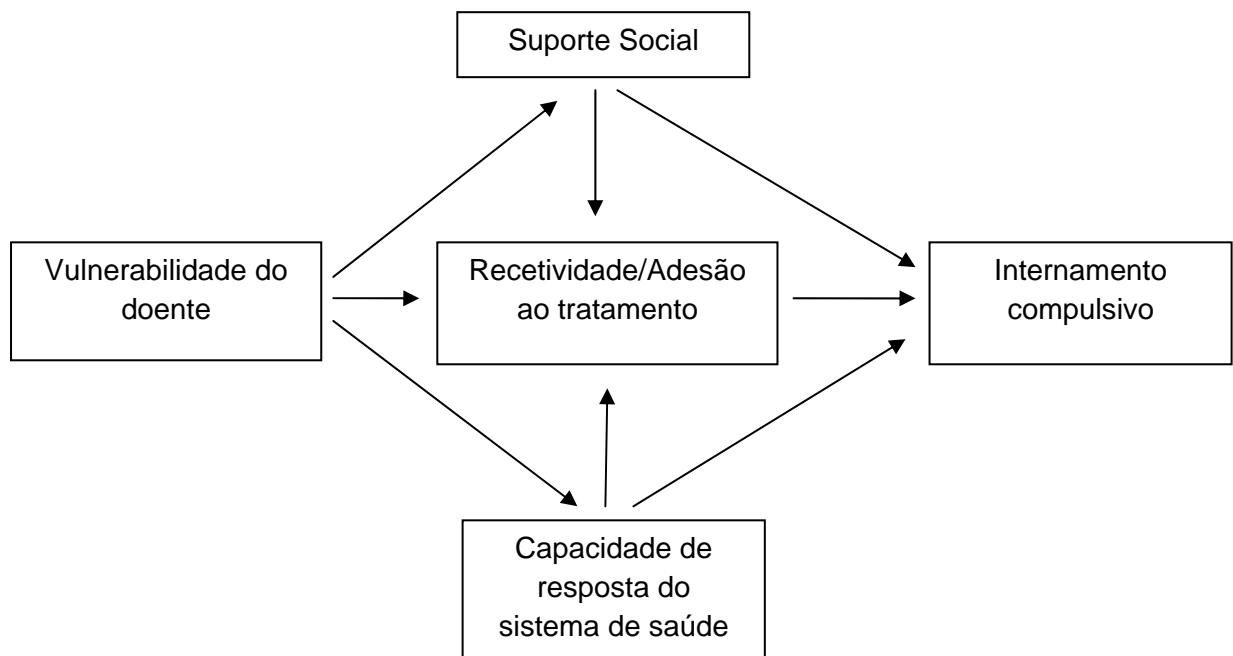
Tendo assim concluído a análise da Lei de Saúde Mental, no capítulo seguinte serão apresentadas, a título comparativo, outros quadros legais relativos à regulação da saúde mental.

IV. LEGISLAÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM PAÍSES DA UNIÃO EUROPEIA

O internamento compulsivo é uma prática comum em diversos países da Europa, no que concerne ao tratamento de doentes com perturbação mental. De acordo com Klinkenberg (1996, cit in Van der Post et al, 2008), existem determinados fatores que interagem entre si e que são percebidos como estando associados ao risco de internamento compulsivo. A identificação destes fatores e a relação entre os mesmos encontram-se representadas na figura seguinte (Figura 1).

Figura 1.

Preditores do Risco de Internamento Compulsivo (Klinkberg, 1996, cit in Van der Post et al., 2008)



A *vulnerabilidade do doente* pode ser definida como as características individuais do doente, nomeadamente o tipo e gravidade da patologia mental, e fatores sociodemográficos. Perturbações mentais graves e complexas, como seja a combinação de perturbações psicóticas, afetivas ou de personalidade, com adições e/ou perturbações do comportamento, são mais comumente encontradas em áreas urbanas, constituindo-se como um desafio para estabelecimentos e profissionais de saúde mental. Concomitantemente, grupos com particularidades culturais e socioeconómicas (por exemplo, imigrantes) apresentam taxas de morbilidade elevadas, quando comparadas com outros grupos. Assim, estes doentes parecem ter menos facilidade no acesso aos serviços de saúde mental, pelo que o primeiro contacto que têm com os cuidados nesta área ocorrem através dos serviços de urgência e mediante um já grave quadro clínico.

Um segundo fator determinante é o *suporte social*. Quando perante um suporte social elevado ou adequado, o risco de internamento compulsivo é reduzido. Este conceito pode ser avaliado através de variáveis como “viver sozinho/viver acompanhado”, “manter contacto com a família” ou, inclusivamente, através de itens como o nível económico ou a disponibilidade de recursos no meio.

Como terceiro fator surgem as características dos cuidados de saúde, ou seja, a *capacidade de resposta do sistema de saúde*, o que poderá estar relacionado com o aumento do recurso às medidas coercivas. Com a mudança significativa que ocorreu nos últimos 20 anos a nível da prestação dos cuidados na saúde mental, nomeadamente, a redução do número de estruturas clínicas e a consequente diminuição do tempo de internamento, verificou-se um aumento da frequência das readmissões. Concomitantemente, uma diminuição da tolerância por parte da sociedade em relação a comportamentos desviantes, bem como a crescente valorização da opinião de que o respeito pelos direitos e autonomia do doente não deve comprometer o seu cuidado e tratamento, têm igualmente vindo a desempenhar um papel no desenvolvimento de tratamentos e estratégias coercivas.

Um quarto fator determinante para o risco de internamento é a *adesão ao tratamento* por parte do doente. Em Psiquiatria, tal como nas restantes especialidades médicas, o não cumprimento do tratamento estabelecido apresenta sérias implicações a nível dos resultados do tratamento, prognóstico do doente e custos nos cuidados de saúde.

Assim, e considerando o carácter global da preocupação com os cuidados a nível da saúde mental, surgiu a necessidade de criar e desenvolver as diversas legislações neste âmbito, de forma a providenciar a regulação do tratamento neste contexto.

Com a crescente afirmação e valorização dos direitos humanos na prestação de cuidados na saúde mental e a maior focalização nos serviços prestados na comunidade, verificaram-se, nos últimos 30 anos, constantes mudanças nas legislações e na própria prática profissional. Um exemplo importante disto é a substituição dos asilos e hospitais psiquiátricos antigos, por departamentos/serviços psiquiátricos integrados em hospitais gerais. De igual forma, a própria qualidade dos cuidados sofreu alterações, nomeadamente a nível da atitude terapêutica e procedimental, da constituição das equipas técnicas e da sua formação (Jarrett, Bowers & Simpson, 2008; Kallert et al., 2011; Priebe et al., 2008; Salize, Rössler & Becker, 2007; Zinkler & Priebe, 2002).

No entanto, os doentes psiquiátricos continuam a ser o único grupo cujo tratamento pode ocorrer contrariamente à sua vontade. Isto contrasta, por exemplo, com pessoas com doença física/orgânica, que têm o direito de recusar tratamento, ainda que a ausência do mesmo os coloque em risco de saúde (Zinkler & Priebe, 2002).

Como Riecher-Rössler e Rössler (1993) afirmam, é possível encontrar critérios semelhantes na regulação do internamento compulsivo, nomeadamente 1) presença de perturbação mental (anomalia psíquica) grave; 2) existência de perigo (perigosidade) para o próprio ou para terceiros; e 3) necessidade urgente de tratamento. No entanto, é de fazer a ressalva que nem todos os três critérios se encontram incluídos em todos os quadros legais.

Salize e Dressing (2004) exploram esta questão um pouco mais, reconhecendo que o único critério para o internamento compulsivo assumidamente comum a todas as legislações nos países da União Europeia é, de facto, a presença de uma perturbação mental grave. Os restantes critérios são heterogéneos e variáveis, podendo estar presentes no quadro legal de um país, mas não necessariamente no de outro. Assim, os critérios considerados por estes autores como fundamentais, para além do já referido, são: 1) existência de perigo para o próprio ou para terceiros; 2) necessidade de tratamento; 3) ausência de insight por parte do paciente. É de referir que, na maior parte dos países, este último item é meramente adicional, sendo primariamente privilegiada a existência de perigo.

No que concerne aos Estados Unidos da América, Austrália e algumas províncias do Canadá, o único critério valorizado é o da existência de perigo para o próprio ou terceiro. Aliás, a implementação deste critério nas diversas legislações de saúde mental, tem o propósito de equilibrar e conciliar os direitos do portador de perturbação mental com a necessidade de proteger o público (Large, Nielssen, Ryan & Hayes, 2008).

Não obstante, é importante ressaltar que os próprios padrões e critérios das legislações de saúde mental são mutáveis, não apenas ao longo do tempo, mas também considerando variáveis culturais, sociais e políticas (Hatfield, Huxley & Mohamad, 1997).

Ainda que seja consensual a necessidade de recorrer à aplicação do internamento compulsivo quando perante a possibilidade evidente de o doente se colocar em risco a si próprio ou a terceiros, quando este risco não se encontra presente e se verifica um comprometimento da capacidade de insight, a avaliação do procedimento “no melhor interesse da saúde do doente”, torna-se algo controverso (Steinert, Lepping, Baranyai, Hoffman & Leherr, 2005; Zinkler & Priebe, 2002).

A decisão final relativamente ao internamento compulsivo é, na generalidade dos países da União Europeia, da competência de uma autoridade não-médica (juiz, procurador), sendo, nos restantes países, entregue a médicos psiquiatras ou outros profissionais de saúde (Salize & Dressing, 2004).

O papel dos elementos judiciais neste processo de decisão relativamente ao internamento não deve ser desvalorizado, uma vez que estes medeiam os pareceres médicos e técnicos, assim como reduzem e restringem as condições legais sob as quais um indivíduo pode ser internado compulsivamente. A legislação é utilizada para estabelecer parâmetros passíveis de assegurar a adequação da privação da liberdade, sendo os elementos judiciais responsáveis pela atestação do cumprimento desses parâmetros, bem como pela criação de equilíbrio entre os pareceres médicos (Hatfield et al., 1997).

Ainda em relação à decisão de aplicar o internamento compulsivo, é de sublinhar que o agente responsável pela mesma tem o dever de proteger a autonomia do doente, requerendo, para tal, que lhe seja possibilitado o consentimento informado e que todo o processo siga os princípios da beneficência e da não-maleficência (Steinert et al., 2005).

4.1. Áustria

Até 1990, quando a legislação presentemente em vigor foi aprovada pelo Parlamento, as restrições psiquiátricas sobre a liberdade e direitos individuais eram reguladas por diversos quadros legais. A atual legislação tem a vantagem de colocar os direitos individuais de liberdade no centro de todos os procedimentos legais respeitantes aos direitos individuais, contribuindo para o reforço do papel do doente, não apenas numa perspetiva teórica da lei, como também na prática, ao suportar a sua participação no processo de decisão relativo ao tratamento e a todos os assuntos referentes à sua condição. Outra vantagem desta legislação diz respeito à diminuição do período de tempo para os procedimentos legais, assim como para a duração do internamento compulsivo (König, 2002).

Uma desvantagem desta lei é respeitante à sua aplicabilidade a apenas uma pequena fração dos doentes psiquiátricos, uma vez que não tem em consideração, por exemplo, os doentes portadores de patologia psiquiátrica crónica. Desta forma, não providencia, portanto, normas para as condições de vida dos doentes internados, assim como para o tratamento e cuidados (König, 2002).

Esta lei possibilitou a criação de uma nova profissão, designadamente o advogado do doente, especializado em acompanhar doentes psiquiátricos institucionalizados contra a sua vontade ou sem o seu consentimento. Este advogado, que dispõe de um cargo no hospital ou na ala psiquiátrica é responsável por abordar os doentes internados, assumir a sua defesa nos procedimentos judiciais e expor, junto da equipa técnica, as preocupações, desejos e interesses do doente (König, 2002).

A lei do internamento não regula o internamento “de proteção”, referindo-se apenas a indivíduos perigosos, ainda que se possa considerar que a representação de perigo para o próprio seja igualmente um motivo para o internamento. Assim, a legislação procura o equilíbrio entre a segurança pública e a autonomia individual, assim como o respeito pelos direitos do doente. É por este motivo que o princípio de aplicação da alternativa terapêutica menos restritiva é encontrado diversas vezes na lei do internamento, sendo considerado da maior importância (König, 2002).

De acordo com a legislação, os elementos judiciais podem intervir através da determinação de normas e do controlo de assuntos respeitantes à detenção, restrição da liberdade e tratamento médico. As forças policiais, por sua vez, podem encaminhar uma

pessoa para o hospital psiquiátrico, não sendo, no entanto, da sua competência a decisão relativa à sua admissão para internamento, cabendo a mesma a dois médicos psiquiatras (König, 2002).

No que concerne ao tratamento dos doentes em regime de ambulatório, esta legislação apresenta-se ainda pouco desenvolvida quando comparativamente à regulação do internamento compulsivo.

4.2. Bélgica

A legislação respeitante à proteção da pessoa com perturbação mental é a Lei de 26 de Junho de 1990, sendo aplicável, portanto, em pessoas portadoras de grave perturbação mental e apenas quando não exista qualquer outra opção de tratamento adequada. Na prática, isto equivale a dizer que a lei é aplicada quando o doente recusa o tratamento de forma voluntária. O último critério a considerar para a ponderação do internamento compulsivo é a identificação de uma situação de perigo real, seja relativa à saúde e segurança do próprio ou à vida e integridade de terceiros. Esta lei é igualmente aplicada a menores (De Hert, Demarsin & Peuskens, 2002).

Esta legislação regula dois tipos de internamento compulsivo:

- a) o internamento compulsivo em contexto de estabelecimento psiquiátrico;
- b) o internamento compulsivo em contexto de uma família.

De igual forma, estipula ainda uma distinção entre o primeiro período de “observação” (com uma duração máxima de 40 dias) e o possível prolongamento do internamento (com duração máxima de dois anos).

Para que o processo de internamento tenha início, é necessário um requerimento nesse sentido, ao qual é anexado um detalhado relatório médico, baseado em avaliações médicas realizadas há não mais de 15 dias. Este relatório deve então conter um diagnóstico psiquiátrico, assim como a descrição dos problemas específicos, nomeadamente a perigosidade da situação e a ausência de outras opções de tratamento. Poderá ser realizado por um qualquer médico que não seja familiar do doente ou da

pessoa que requer o internamento, bem como, no caso de se tratar de um doente hospitalizado, não trabalhe na ala psiquiátrica na qual o doente se encontra ou irá ser colocado (De Hert et al., 2002).

Posteriormente, o juiz irá determinar se todas as condições da lei se aplicam, decidindo em relação à validade do internamento em um prazo de 24 horas. Quando o pedido tenha sido declarado como válido, o juiz deverá informar o doente ou o seu representante legal em um prazo de 24 horas, assim como nomear um advogado que represente o doente, exceto se este optar por um à sua escolha. O juiz pode nomear um médico psiquiatra independente para o auxiliar na sua avaliação e decisão e o doente pode, igualmente, escolher um outro médico psiquiatra independente e uma terceira pessoa de confiança. De seguida, o juiz determinará uma data para a audição, em que este irá ouvir o doente e todos os outros elementos que o juiz considere poderem providenciar informações pertinentes para a decisão. No prazo de 10 dias após o início deste processo, com a entrega do requerimento para internamento, o juiz deverá decidir após ter ouvido todas as partes envolvidas (De Hert et al., 2002).

A transcrição da decisão é enviada para o doente, para os seus representantes legais e para quem requereu o internamento, para o seu médico pessoal, para a terceira pessoa de confiança escolhida pelo doente e para o procurador. No caso de a decisão de internamento ser positiva, o juiz determina ainda o serviço psiquiátrico no qual o doente deverá ser hospitalizado (De Hert et al., 2002).

O procurador tem autoridade para ordenar um internamento de urgência de um doente por decisão própria ou a pedido de alguém, com base num relatório elaborado por um médico. Este relatório necessita demonstrar evidências da urgência do caso específico, assim como dos outros critérios para internamento compulsivo. O procurador pode determinar a admissão imediata para internamento, tendo que informar o diretor da instituição psiquiátrica. Posteriormente, e em um prazo de 24 horas, o procurador deverá dar início ao procedimento habitual (requerimento por escrito, relatório médico), envolvendo o juiz (De Hert et al., 2002).

A hospitalização para observação é apenas possível em alas psiquiátricas certificadas (hospitais psiquiátricos ou alas psiquiátricas de hospitais gerais), sob a responsabilidade de um médico psiquiatra. O período de observação não deverá exceder os 40 dias, período durante o qual o doente se encontra “protegido”, submetendo-se a uma avaliação detalhada e ao início de um tratamento apropriado (De Hert et al., 2002).

O prolongamento do internamento pode apenas ser iniciado após o término do período de observação. Assim, pelo menos a 15 dias do final deste período (40 dias), o chefe da equipa médica terá que escrever um relatório pormenorizado, indicando a necessidade do prolongamento. Este relatório é então enviado para o juiz, que irá decidir relativamente ao eventual prolongamento e a sua duração, depois de, mais uma vez, ter consultado todas as partes relevantes (De Hert et al., 2002).

Durante o prolongamento do internamento, o doente continuará a ser “protegido” e submetido a tratamento, podendo este período ter a duração máxima de dois anos. Pode posteriormente ser ainda prolongado novamente por decisão judicial. Ao longo deste prolongamento, o doente poderá ausentar-se do hospital por curtos períodos de tempo sob a responsabilidade do médico psiquiatra responsável, sendo contemplada, nesta legislação, a possibilidade de uma hospitalização parcial (De Hert et al., 2002).

O médico psiquiatra pode, em concertação com o doente, decidir relativamente ao tratamento compulsivo após o internamento, podendo o mesmo decorrer na sua comunidade. Este tratamento pode apenas ter a duração máxima de um ano, não podendo, no entanto, exceder a duração do primeiro prolongamento de internamento. É então realizado um contrato entre o doente e o seu médico psiquiatra responsável, sendo assinado pelo diretor do hospital, no qual é estipulado a duração do contrato, as condições do tratamento, o local de residência e as atividades no exterior do hospital. Na eventualidade de o doente não cumprir as condições definidas no contrato ou de se verificar um agravamento do seu estado mental, este será readmitido no hospital (De Hert et al., 2002).

A cessação de um processo de urgência pode ser realizada pelo procurador antes de o juiz ter tomado uma decisão. O juiz pode terminar o processo de requerimento de internamento compulsivo sempre que considere que as condições definidas na legislação não estão a ser preenchidas. Durante o período de observação, o internamento compulsivo pode ser terminado por decisão do juiz que tinha previamente determinado a admissão ao mesmo ou do diretor do serviço de Psiquiatria, após conclusão de que o internamento já não é necessário para o doente. Se, durante o período de observação, não é realizado qualquer pedido de prolongamento do internamento, o procedimento termina então no final dos 40 dias. Ao longo do prolongamento do internamento, o psiquiatra pode, eventualmente a pedido do doente, terminar este tratamento. Assim, o prolongamento do internamento cessa no final do seu prazo, após a atribuição de alta clínica ou ainda após o tratamento compulsivo pós-internamento, com a duração máxima

de um ano. O juiz pode, em qualquer momento, rever a decisão do prolongamento do internamento, sendo o requerimento para tal realizado pelo doente e com o suporte de um relatório de um médico psiquiatra (De Hert et al., 2002).

4.3. Dinamarca

A atual lei data de 1989, tendo sido revista em 1998 e implementada a 1 de Janeiro de 1999. Nesta legislação surge o conceito de que o médico psiquiatra deve, sempre que possível, tentar persuadir o doente a ter o seu consentimento no que diz respeito ao internamento compulsivo e ao tratamento (Aggernaes, 2002).

A lei Dinamarquesa começa por estipular que, ainda que importante, o consentimento não é um critério absoluto para o internamento e tratamento. O critério fundamental consiste, sim, na oposição às medidas propostas. Neste seguimento, um internamento pode ser considerado voluntário se o doente não se opuser ao mesmo, seja verbalmente ou através do seu comportamento. Esta legislação faz ainda a ressalva de que abrange apenas o internamento ou tratamento compulsivos referentes a contextos psiquiátricos (Aggernaes, 2002).

Um problema indicado a esta legislação, diz respeito à permissão concedida a qualquer médico para que realize a avaliação, bem como o preenchimento do documento que precedem o pedido de internamento compulsivo. Esta lacuna, no entanto, é colmatada pela determinação de que um médico psiquiatra do hospital tem que comprovar se os critérios para internamento se encontram preenchidos antes da admissão do doente (Aggernaes, 2002).

Algo característico desta legislação é a especificidade da determinação de qual a perturbação psiquiátrica a ser considerada para que ocorra o internamento compulsivo, referindo-se então a perturbações psicóticas. Para além deste critério, define ainda que o doente tem que representar perigo para si próprio ou para terceiros ou que o prognóstico de recuperação do estado mental do doente será significativamente reduzido, caso o internamento compulsivo não ocorra. Na eventualidade de os critérios se encontrarem preenchidos, o médico deverá admitir o doente, exceto se o conseguir persuadir a aceitar o internamento de forma voluntária. Se o critério de perigosidade se verificar, o doente

deverá ser admitido no hospital no prazo de 24 horas ou, se apenas se verificarem os outros critérios, a admissão deverá ocorrer no espaço de sete dias (Aggernaes, 2002).

É ainda de referir que, na Dinamarca, a admissão a internamento compulsivo deverá ser sempre com um propósito terapêutico.

4.4. Finlândia

Na Finlândia, o internamento compulsivo é regulado pela lei de saúde mental nº 1116/1990, aprovada em 1991. Esta legislação define quais as partes responsáveis pela organização do trabalho na área da saúde mental e regula o tratamento psiquiátrico compulsivo, bem como a avaliação e tratamento dos ofensores portadores de perturbação mental (Kaltiala-Heino, 2002).

As condições apresentadas na legislação para que uma pessoa possa ser sujeita a tratamento psiquiátrico compulsivo são:

- presença de uma perturbação psiquiátrica, sendo esta restringida a estados psicóticos;
- necessidade de tratamento devido à sua perturbação psiquiátrica, em que, no caso de ausência do mesmo, poderia resultar numa deterioração do quadro psiquiátrico ou poderia colocar a saúde e segurança do próprio ou de terceiros em risco;
- ausência de alternativa terapêutica adequada.

Assim, o tratamento compulsivo é permitido com base na necessidade de tratamento e na perigosidade. O critério da perigosidade, no entanto, não é uma noção precisa, uma vez que aquilo que pode ser considerado passível de colocar a saúde ou segurança do doente ou de terceiros em risco não se encontra definido. Assim, compete ao juízo clínico a decisão de quando é que a necessidade de tratamento e a perigosidade são graves o suficiente para justificar o internamento. No que diz respeito à capacidade do doente, esta não é exigida como pré-requisito na decisão relativa ao internamento. Por outro lado, o facto de o critério principal para o tratamento compulsivo ser a presença de

uma patologia psiquiátrica (estados psicóticos) revela esta legislação como uma das mais rígidas e claras dos países Europeus (Kaltiala-Heino, 2002).

O processo para internamento é iniciado com um encaminhamento por escrito para observação do doente, equivalendo isto ao requerimento para internamento compulsivo em algumas das outras legislações Europeias. Esta indicação para observação pode ser redigida por qualquer médico dos serviços de saúde públicos (cuidados primários, secundários ou terciários) ou por um médico a exercer clínica privada. O médico deverá proceder à avaliação médica do doente, após a qual terá que considerar o preenchimento dos critérios para internamento e explicar de forma detalhada, no requerimento por escrito, de que forma se verifica no doente a presença destes. Este requerimento pode ser baseado numa avaliação médica que tenha sido completada num prazo não superior a 3 dias antes do seu envio (Kaltiala-Heino, 2002).

No hospital, o médico psiquiatra avalia novamente o doente e decide se este deve ou não ser internado sob observação, de forma a comprovar se os critérios para internamento compulsivo se verificam. É possível que, aquando da chegada de um doente com um pedido de observação, este seja admitido a título voluntário ou não seja sequer admitido. Isto poderá acontecer se o médico psiquiatra do hospital no qual o doente deu entrada, considerar que o pedido para internamento não é válido, ou seja, que os critérios para o mesmo não se encontram preenchidos. O período de observação tem a duração máxima de 4 dias, no final do qual o médico psiquiatra responsável pela ala na qual o doente se encontra, terá que atestar se os critérios para internamento compulsivo são cumpridos (Kaltiala-Heino, 2002).

O médico psiquiatra responsável pelo hospital ou pelo serviço decide então relativamente à efetivação do internamento do doente, com base nos relatórios das avaliações realizadas. A opinião do doente em relação à sua necessidade de tratamento é obtida antes da tomada de decisão em relação ao mesmo, sendo registada no processo do doente. O médico psiquiatra responsável não é obrigado a entrevistar pessoalmente ou a ter algum contacto pessoal com o doente antes de tomar a decisão referente ao seu internamento, sendo a entrevista do doente da competência do médico psiquiatra que o acolhe aquando da admissão no hospital. Assim, a decisão final de admitir um doente para internamento compulsivo implica o parecer de três médicos independentes e a consideração unânime de que o internamento é a melhor decisão para o estado do doente (Kaltiala-Heino, 2002).

A decisão do internamento compulsivo é válida durante três meses. Se for considerada a necessidade de prolongar o internamento para além desse tempo, é então determinado um novo período de observação, após uma nova avaliação do médico psiquiatra e consequente nova decisão. Esta segunda decisão é, de imediato, submetida para aprovação pelo Tribunal, sendo válida por seis meses. Na eventualidade de existirem ainda razões que fundamentem a necessidade de manutenção do internamento, o processo terá que ser iniciado novamente a partir do requerimento para observação. Se, durante o internamento, for verificado que os critérios que o motivaram não se encontram já preenchidos, então, o internamento deve cessar imediatamente e ser dada alta clínica ao doente (Kaltiala-Heino, 2002).

No que concerne a procedimentos coercivos e formas de tratamento involuntário, a legislação é algo vaga, indicando apenas que a psicocirurgia não é utilizada e que a terapia electroconvulsiva não pode ser aplicada de forma compulsiva, no caso de o doente estar capaz de discordar da mesma. Ainda em relação à terapia electroconvulsiva, o consentimento informado seria necessário, com a exceção de que, numa emergência, um doente catatónico seria submetido a esta terapia independentemente do seu consentimento (Kaltiala-Heino, 2002).

É ainda atribuída a esta legislação a vantagem de que a decisão de encaminhamento para tratamento compulsivo é exclusiva dos médicos. As autoridades policiais ou os serviços sociais não são reconhecidos como competentes para avaliar a condição psiquiátrica do doente e é defendido que, para os familiares, esta decisão seria difícil, podendo prejudicar a rede social do doente. Ainda assim, as autoridades policiais, os serviços sociais e os familiares podem alertar os profissionais de saúde relativamente a uma situação em que um doente possa necessitar de tratamento. Esta legislação regula ainda o tratamento compulsivo de menores, ainda que num capítulo à parte (Kaltiala-Heino, 2002).

4.5. França

Em França, a legislação que regula os direitos e a proteção das pessoas hospitalizadas devido a perturbação mental, bem como as condições aplicáveis à sua hospitalização é a Lei nº 90-527 de 27 de Junho de 1990. Esta legislação substituiu a Lei de 1838, mantendo, no entanto, um método específico de tratamento dos portadores de

perturbação psiquiátrica. Assim, e ainda que a Lei de 1990 tenha preservado alguns dos princípios aplicáveis em 1838, contribuiu igualmente para a hospitalização voluntária se tornasse a norma e o internamento compulsivo, a exceção (Jonas, Machu & Kovess, 2002).

O internamento compulsivo é atualmente a única forma de tratamento involuntário de pessoas portadoras de perturbação psiquiátrica reconhecida pela legislação Francesa. Desta forma, distingue dois métodos de internamento involuntário: o internamento a pedido de uma terceira parte (HDT – Hospitalisation à la Demande d'un Tiers) e o internamento jurídico (HO – Hospitalisation d'Office). Seguidamente, estes serão descritos em pormenor.

O internamento a pedido de uma terceira parte é baseado no princípio de que a pessoa pode representar um perigo para si mesma, tendo como condições:

- a pessoa deve encontrar-se num estado que requeira um cuidado imediato e constante supervisão em contexto hospitalar;
- a pessoa é portadora de uma perturbação mental, tornando o seu consentimento impossível.

Neste tipo de internamento, o diagnóstico da perturbação mental é entregue a dois médicos psiquiatras, decorrendo a determinação da necessidade do internamento do requerimento elaborado pela terceira parte. Esta terceira parte pode ser, então, um familiar ou uma pessoa que aja no interesse do doente. Profissionais de saúde que exerçam no local onde o doente será internado não são considerados uma “terceira parte”. Assim, este método de internamento involuntário é regulado por um quadro legal rígido, de forma a evitar o internamento abusivo por parte de elementos da família (Jonas et al., 2002).

O segundo tipo de internamento é baseado no princípio de que a pessoa pode representar um perigo para terceiros, aplicando-se a pessoas cuja perturbação mental coloquem em risco a lei ou a ordem e segurança públicas. Este internamento é concretizado a partir de uma ordem policial emitida pelo chefe da Polícia no sentido da admissão do doente (Jonas et al., 2002).

Apesar de, neste tipo de internamento, a admissão ser ordenada pelo chefe da Polícia e a decisão da mesma ser da responsabilidade do diretor do hospital psiquiátrico,

no primeiro tipo de internamento (a pedido de uma terceira pessoa), o sistema judicial representa um papel essencial numa fase posterior a essas decisões (Jonas et al., 2002).

O doente internado involuntariamente, um elemento da sua família ou qualquer pessoa agindo no seu interesse podem, em qualquer momento, solicitar ao Juiz Presidente do Tribunal de Grande Instância que determine a cessação do internamento (Jonas et al., 2002).

A Lei de 1990 contempla um procedimento menos burocrático em situações de emergência, em que uma intervenção imediata é necessária, podendo isto ocorrer em ambos os tipos de internamento. No caso do internamento a pedido de uma terceira parte, o diretor do hospital pode, de forma excecional, admitir um doente com base num único relatório médico (em vez dos dois necessários em circunstâncias normais) se existir um perigo iminente. Este relatório pode ser elaborado por um médico psiquiatra que exerça no local onde o doente será internado. Para o internamento compulsivo, se se verificar um perigo iminente, o Presidente da Câmara Municipal encontra-se revestido de poderes policiais, de forma a tomar medidas temporárias relativas ao internamento compulsivo de um doente. No entanto, o chefe da Polícia deve emitir uma decisão no prazo de 48 horas, caso o internamento compulsivo seja para ser mantido (Jonas et al., 2002).

4.6. Alemanha

Na Alemanha, o internamento compulsivo ou o tratamento de doentes com perturbação psiquiátrica é regulado, de forma independente, por cada Estado. Assim, encontram-se em vigor 16 diferentes legislações respeitantes ao internamento compulsivo. Concomitante a estas legislações a nível dos vários Estados, existe ainda uma legislação tutelar a nível nacional também responsável pela regulação dos portadores de patologia psiquiátrica em certas circunstâncias. Este cenário coloca a Alemanha numa posição algo única dentro dos estados membros da União Europeia, para além de motivar alguns problemas, a nível nacional, no que diz respeito à regulação do internamento compulsivo ou do tratamento de doentes com patologia psiquiátrica. Neste seguimento, podem surgir dúvidas relativamente a qual das legislações se deverá privilegiar quando perante uma situação deste género (Dressing & Salize, 2002).

O internamento compulsivo, de acordo com a legislação estatal que regula o mesmo, pode ser invocado no caso de presença de perigo público ou pessoal que tenha sido diretamente causado pela perturbação mental de uma pessoa. Os procedimentos ou critérios para a aplicação do internamento são estipulados pelas legislações, variando entre estas em maior ou menor grau (Dressing & Salize, 2002).

Na Alemanha, um doente pode apenas receber tratamento contra a sua vontade se for determinado o comprometimento da sua capacidade de dar consentimento para o mesmo, sendo este um critério fundamental a considerar. É, aliás, sublinhado nas legislações que, embora um doente com perturbação mental possa ter, de facto, a sua capacidade de decisão comprometida, é importante que, sempre que possível seja obtido o consentimento deste para o tratamento da perturbação (Dressing & Salize, 2002; Zinkler & Priebe, 2002).

À semelhança de outras legislações, é igualmente privilegiado o tratamento em contexto de ambulatório, ocorrendo o internamento apenas quando não se verificam condições para a aplicabilidade do primeiro regime. Assim, a prestação de cuidados de saúde mental a nível da comunidade é providenciada por equipas multidisciplinares ou por serviços psiquiátricos sociais, de forma a prevenir internamentos compulsivos ou mesmo a reduzir a duração dos mesmos (Dressing & Salize, 2002).

Neste seguimento, é ainda contemplado nesta legislação a regulação da prática dos médicos psiquiatras na sua prática privada, sendo estes autónomos, ainda que obrigados por lei a assegurar o cuidado de doentes em regime de ambulatório para a população numa determinada região, através da criação de protocolos com seguradoras e subsistemas de saúde (Salize et al., 2007).

A decisão de internamento implica necessariamente o envolvimento de um Tribunal, sendo o doente encaminhado para um estabelecimento adequado, cujo tratamento será orientado por uma equipa técnica constituída por enfermagem, serviço social, terapeutas ocupacionais, psicólogos e médicos psiquiatras (Salize et al., 2007; Zinkler & Priebe, 2002).

Na Alemanha, o internamento compulsivo de uma pessoa deve sempre ser objeto de uma decisão e ordem judicial. As legislações estatais definem, de forma clara, que apenas as autoridades locais estão autorizadas a requerer uma ordem de internamento compulsivo. A legislação nacional, por sua vez, reconhece o tutor/guardião do doente

com perturbação mental como a única figura capaz de requerer o internamento (Dressing & Salize, 2002).

Uma vez que o requerimento é entregue, a confirmação do cumprimento dos critérios para internamento compulsivo tem que ser realizada por um médico, através de uma avaliação médica. A generalidade das legislações estatais determina que estas avaliações médicas deverão ser realizadas por médicos psiquiatras experientes, sendo que, noutros estados, a legislação estabelece que a avaliação pode ser efetuada por um qualquer médico, não tendo necessariamente que ter formação em cuidados de saúde mental. Posteriormente à emissão do parecer médico, e com base neste, o juiz emite uma ordem para internamento compulsivo. A figura do juiz é isenta e independente na sua decisão, podendo esta, inclusivamente, diferir do parecer médico (Dressing & Salize, 2002).

No que diz respeito ao internamento de urgência, este permite a detenção do doente com perturbação mental por um período de tempo determinado (podendo variar entre 24 e 72 horas, dependendo da legislação estatal a considerar), após a qual tem que ser emitido um relatório elaborado por um médico ou um psiquiatra. Da mesma forma que ocorre no protocolo anteriormente descrito, também aqui compete ao juiz a decisão relativa ao internamento compulsivo, que tem, geralmente, a duração de 6 semanas. Ainda assim, e mais uma vez, dependendo da legislação estatal, o período máximo de internamento estipulado pode variar entre um e dois anos (Dressing & Salize, 2002).

Em alguns estados são permitidos tratamentos coercivos em situações de emergência em que a vida do doente esteja em risco, sendo que outros estados restringem o recurso aos mesmos apenas em casos em que a vida de outra pessoa esteja em perigo agudo. Existem ainda outros estados que requerem a imediata notificação de um advogado ou de um Tribunal, na eventualidade da aplicação de qualquer intervenção coerciva (Dressing & Salize, 2002).

Ainda que a aplicação de tratamentos que potencialmente coloquem a vida ou a saúde do doente em risco deva ser aprovada através de uma decisão judicial, surge então a questão relativamente a quais as intervenções (terapia electroconvulsiva, tratamento psicofarmacológico) que são abrangidas por esta designação e em que grau. Outras medidas coercivas utilizadas durante o internamento e não relacionadas com o tratamento em si, como seja o isolamento ou a contenção mecânica, são geralmente reguladas em detalhe pelas legislações estatais, inclusivamente no que diz respeito à responsabilidade pela decisão do recurso às mesmas (Dressing & Salize, 2002).

Nenhuma legislação de carácter civil define uma perturbação mental através de critérios objetivos ou limitativos. Aliás, a definição considerada e consequentes diagnósticos aceites são aqueles estipulados nos manuais psiquiátricos de diagnóstico. No entanto, algumas legislações estatais limitam a aplicação do internamento compulsivo a estados mentais “equivalentes a psicoses” (Dressing & Salize, 2002).

4.7. Grécia

A nova legislação que regula o internamento compulsivo exige um diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica grave, assim como tem em consideração a necessidade do doente em obter tratamento e a sua perigosidade, enquanto, concomitantemente, se preocupa com a proteção dos direitos individuais do doente e o respeito pela sua liberdade (Christodoulou, Alevizos & Douzenis, 2002).

Assim, para que ocorra o internamento compulsivo, um dos seguintes critérios tem que estar presente:

- o indivíduo deve ter uma perturbação psiquiátrica, não estar capaz de decidir relativamente ao seu tratamento e a ausência de internamento irá privar o doente do tratamento para o seu estado mental;
- o internamento do doente portador de uma perturbação psiquiátrica é necessário, de forma a prevenir atos de violência contra o próprio ou terceiros.

A nova legislação, pela primeira vez, envolveu diretamente advogados e o Tribunal no processo de decisão relativamente ao internamento. Apenas uma pessoa com uma relação próxima com o doente e um tutor nomeado judicialmente poderão requerer ao Procurador a sua admissão em internamento compulsivo. Em casos de urgência, no entanto, apenas o Procurador pode solicitar uma avaliação para internamento compulsivo, emitindo uma ordem de encaminhamento do doente para um hospital psiquiátrico público, onde este será avaliado por dois médicos psiquiatras que irão posteriormente elaborar dois pareceres por escrito. O doente poderá permanecer

internado para avaliação durante um período não superior a 48 horas (Christodoulou et al., 2002).

No caso de a avaliação ser viável, o requerimento deverá então ser acompanhado pelos pareceres de dois médicos psiquiatras ou, na eventualidade de não existir um segundo psiquiatra na área, pelos pareceres de um médico psiquiatra e de um médico de outra especialidade. Estes médicos são nomeados pela Ordem dos Médicos por um período de dois anos, não devendo os mesmos ser familiares do doente ou manter com este algum tipo de relação prévia a esta nomeação. Se os pareceres dos dois médicos diferirem entre si, o Procurador pode ordenar a admissão do doente para avaliação num Serviço de Psiquiatria público ou convocar uma audiência judicial (Christodoulou et al., 2002).

Os relatórios médicos devem mencionar, caso se verifiquem, os sintomas manifestados, atos prévios de violência, internamentos compulsivos prévios, razões pelas quais o tratamento em regime de ambulatório não é viável e concluir com a atribuição de um diagnóstico. No caso de os dois pareceres serem concordantes em relação à necessidade de internamento compulsivo, o Procurador ordena a admissão do doente para um Serviço de Psiquiatria adequado. Na eventualidade de os pareceres serem discordantes, o Procurador segue então o procedimento já mencionado (Christodoulou et al., 2002).

Aquando da admissão do doente no hospital, este é informado relativamente ao seu direito de interpor um recurso. No prazo de três dias após a admissão formal do doente, o mesmo Procurador apresenta o caso em Tribunal, que delibera sobre o mesmo por um período de 10 dias e posteriormente decide sobre o internamento compulsivo. Dois dias antes da audiência, o doente é convidado a estar presente, tendo o direito de comparecer com um advogado e um médico psiquiatra da sua escolha. No caso de o requerimento para internamento compulsivo não ser aceite, é imediatamente atribuída alta clínica ao doente (Christodoulou et al., 2002).

Dois meses após a decisão do Tribunal a favor do internamento compulsivo, o doente ou o médico psiquiatra responsável pelo serviço de Psiquiatria podem interpor um recurso da decisão. O tribunal delibera num período de 15 dias, devendo solicitar um relatório de um outro médico psiquiatra independente ou qualquer outra informação considerada pertinente para a decisão (Christodoulou et al., 2002).

O doente, um familiar ou o tutor podem solicitar a cessação do internamento compulsivo, devendo o Procurador entregar este requerimento ao Tribunal. No caso de este não ser aceite, poderá um novo ser entregue num prazo de três meses. Esta legislação contempla ainda que, na eventualidade de o estado mental do doente assim o permitir, este poderá ausentar-se do Serviço de Psiquiatria para atividades organizadas ou ainda visitas domiciliárias sem supervisão (Christodoulou et al., 2002).

4.8. Irlanda

Em 1800 a Irlanda tornou-se parte do Reino Unido, deixando de ter um parlamento independente e passando a ser regida em subjugação ao Parlamento Inglês. Desta forma, a legislação de saúde mental, ainda que aplicável de forma exclusiva à Irlanda, foi marcadamente influenciada (em filosofia e em aplicação prática) pelos estatutos vigentes em todo o Reino Unido (Walsh, 2002).

Com a criação de um estado independente da Irlanda em 1921, a governação Britânica nas vinte e seis regiões do sul deste país cessou, assim como a administração da rede de hospitais psiquiátricos que é transferida para o Governo Irlandês sediado em Dublin. No entanto, a lei de 1875 (criada sob acentuada influência britânica) mantém-se em vigor até à implementação da legislação de 1945. Esta nova legislação, ainda que influenciada pela anterior, revelou-se inovadora em diversas áreas, nomeadamente ao estabelecer uma categoria de admissão voluntária nos hospitais psiquiátricos que tinha, até então, sido exclusivamente compulsiva. Esta legislação de 1945 sofreu diversas alterações, mantendo-se em vigor até à elaboração e aplicação da lei de saúde mental de 2001, que pretendia equilibrar as liberdades civis e os direitos do indivíduo com a necessidade de assegurar o direito ao tratamento quando necessário e a segurança dos elementos da comunidade (Walsh, 2002).

A lei de saúde mental de 2001 é bastante clara na definição de alguns conceitos pertinentes para a sua compreensão e eficácia da sua aplicabilidade, nomeadamente na indicação de que esta lei não contempla o internamento compulsivo quando o indivíduo 1) padece de uma perturbação da personalidade, 2) evidencia um comportamento anti-social e 3) tem uma adição de substâncias (Walsh, 2002).

Nesta legislação existem três componentes no processo de admissão involuntária de um doente. O primeiro diz respeito à necessidade de que um pedido de internamento seja entregue a um médico, de forma a que este formule uma recomendação para que o doente seja admitido involuntariamente. Este pedido pode ser realizado pelo cônjuge ou por um familiar do doente ou, em circunstâncias especiais, aquando da ausência de um cônjuge, o pedido pode ser feito por qualquer outra pessoa, desde que esta tenha observado e estado em contacto com o doente em não mais de 48 horas desde a data em que faz o pedido (Walsh, 2002).

A segunda condição no processo do internamento diz respeito a uma recomendação para a aplicação do internamento compulsivo elaborada por um médico a quem foi entregue o pedido do mesmo. A recomendação deve indicar que, após uma avaliação do doente, o médico é do parecer de que este padece de uma perturbação mental, sugerindo o seu encaminhamento para uma determinada instituição. Esta avaliação deve ser realizada no período de 24 horas após a receção do pedido, devendo o médico informar o doente do objetivo desta. A recomendação manter-se-á válida durante sete dias, após os quais a mesma expira. No entanto, no caso de o médico ser de opinião de que o indivíduo avaliado não padece de uma perturbação mental, poderá então recusar o pedido de internamento compulsivo (Walsh, 2002).

Em determinadas circunstâncias, em que um elemento das forças policiais tenha motivos suficientes para considerar que uma pessoa padeça de uma doença mental e de que exista a possibilidade de que esta represente um perigo imediato para si mesma ou para terceiros, as forças policiais poderão manter a pessoa sob custódia e, se necessário, forçar a entrada em qualquer lugar onde a pessoa possa estar. Posteriormente, as forças policiais terão que enviar um pedido a um médico, no sentido de que este realize uma avaliação à pessoa em questão e, conseqüentemente, decida relativamente ao seu internamento (Walsh, 2002).

A condução do doente à instituição onde ficará internado é da responsabilidade do elemento que realiza o pedido de internamento. Na eventualidade de este não ter disponibilidade para o fazer, poderá então solicitar assistência por parte da instituição onde o internamento irá ocorrer ou das forças policiais (Walsh, 2002).

Uma vez na instituição do internamento, surge a terceira e última condição para que este ocorra. Esta especifica que um médico psiquiatra da instituição deve, logo que possível, realizar uma avaliação ao doente e, no caso de confirmar a presença de doença mental, proceder à formalização do internamento compulsivo na instituição. Se, pelo

contrário, não se verificar a presença de doença mental após a avaliação, o médico psiquiatra deverá rejeitar a possibilidade do internamento. A ordem para internamento compulsivo implica então que o doente fique internado durante um período de 21 dias a partir da mesma, após os quais expira (Walsh, 2002).

Nas situações em que um doente voluntário decide abandonar a instituição onde se encontra internado e que um médico psiquiatra ou elemento da equipa de enfermagem é de opinião de que o doente necessita ainda de prosseguir o tratamento, estes elementos têm autoridade para manter o doente internado por um período não superior a 24 horas. Após esse intervalo de tempo, o médico psiquiatra responsável pelo tratamento do doente terá que decidir se este tem alta ou encaminhá-lo para outro médico psiquiatra, com o objetivo de o submeter a nova avaliação psiquiátrica. No caso de, após essa avaliação, este segundo médico psiquiatra considerar que o doente padece de uma perturbação mental, deverá elaborar um relatório, indicando que é do parecer de que o doente deverá ficar internado na instituição onde se encontra. Se, pelo contrário, o médico psiquiatra não for de opinião da manutenção do tratamento, deverá mencioná-lo no relatório, pelo que será atribuída ao doente a alta clínica (Walsh, 2002).

Em todos os casos em que um médico psiquiatra emite a ordem para o internamento, deverá posteriormente enviar uma cópia do relatório para a Comissão de Saúde Mental. O médico psiquiatra deverá também comunicar ao doente, por escrito, a decisão, informando-o do seu direito a obter representação legal, do plano de tratamento a ser administrado durante o internamento, da revisão à qual a ordem vai ser sujeita pelo Tribunal de Saúde Mental e do seu direito a interpor recurso junto do Tribunal Civil na eventualidade de ser aceite a renovação do seu internamento (Walsh, 2002).

Após os 21 dias de internamento, o período de internamento pode ser prolongado através da elaboração de uma nova ordem por um médico psiquiatra, cumprindo os procedimentos anteriormente referidos relativamente à emissão da primeira ordem para internamento. Esta ordem de prolongamento do internamento confere à instituição o poder de manter o doente por um período não superior a três meses. Estas mesmas ordens de prolongamento devem ser revistas, sempre que emitidas, pelo Tribunal de Revisão de Saúde Mental (*Mental Health Review Tribunal*) (Walsh, 2002).

Assim que a Comissão de Saúde Mental recebe uma ordem de admissão ou uma ordem de renovação do internamento, deve encaminhá-la para o Tribunal de Saúde Mental, atribuir um representante legal ao doente respetivo e nomear um médico psiquiatra de entre um painel de médicos psiquiatras definidos pela Comissão. Este

estará incumbido de avaliar o doente, de entrevistar o médico psiquiatra responsável pelo tratamento deste, de rever o seu processo e informação clínica e de apresentar posteriormente um relatório ao Tribunal de Saúde Mental, num prazo de 14 dias após a receção do pedido por parte da Comissão. Aquando do envio deste relatório, o Tribunal deverá então confirmar ou rejeitar a admissão ao internamento ou o seu prolongamento, num prazo de 21 dias após a ordem de admissão ou prolongamento (Walsh, 2002).

Como conclusão, e a título de contextualização, parece importante esclarecer um órgão tão fundamental como é a Comissão de Saúde Mental. Esta comissão é autónoma e independente de qualquer Governo, com a exceção de que os seus constituintes devem ser aprovados pelo Ministério e que este irá igualmente nomear um dirigente para a Comissão. Os elementos representativos incluem as áreas da psiquiatria, psicologia, serviço social, enfermagem, outras especialidades de medicina e direito. Um representante do público em geral encontra-se também inserido no corpo constituinte da Comissão, com o objetivo de assegurar a defesa e a promoção dos interesses das pessoas que padecem de perturbação mental. A Comissão nomeia um elemento, que deverá ser médico psiquiatra, como inspetor dos Serviços de Saúde Mental e outros, que não têm necessariamente de ser médicos psiquiatras, como inspetores assistentes. A função do inspetor consiste em visitar e inspecionar todas as instituições, desenvolver uma reavaliação dos serviços de saúde mental e entregar um relatório à Comissão relativo à qualidade dos cuidados e do tratamento atribuído aos doentes com doença mental (Walsh, 2002).

4.9. Itália

Em Itália, a legislação de saúde mental em vigor é designada por Lei 833/1978, sendo uma revisão da conhecida lei *Basaglia*. Esta legislação diz respeito, essencialmente à regulação do tratamento médico de carácter involuntário/compulsivo na Psiquiatria, sendo que inclui igualmente outras referências relativas ao tratamento compulsivo em outras áreas da Medicina, como seja o caso das Doenças Infeciosas (Ballerini et al., 2007; Carta, 2002).

Esta legislação pretendia garantir o cumprimento dos princípios da Constituição Italiana, no que concerne à liberdade e aos direitos dos cidadãos, estabelecendo que “todos os testes e tratamentos são voluntários” e que “as autoridades de saúde podem

prescrever testes e tratamentos involuntários/compulsivos, desde que respeitando a dignidade do indivíduo e os seus direitos políticos e civis, como determinado pela Constituição”. Neste seguimento, os tratamentos médicos compulsivos são percecionados como uma exceção, sendo autorizados pela lei e sendo aplicados como uma solução extrema a ser adotada apenas quando todos os restantes meios de obtenção de consentimento tenham sido tentados e mal sucedidos. É ainda de salientar que, na legislação, é ainda sublinhado que, durante a aplicação do tratamento compulsivo, deve existir uma preocupação em tentar obter o consentimento informado (Carta, 2002).

Uma outra garantia em relação ao direito à liberdade do indivíduo está patente na referência de que, ainda que sob uma medida coerciva, não são, de forma alguma, afetados os direitos civis e políticos garantidos pela Constituição, dizendo os mesmos respeito, por exemplo, à possibilidade de escolher o seu médico de referência e o local de tratamento, assim como de comunicar com quem for da sua escolha (Carta, 2002).

A legislação determina ainda que, na eventualidade da aplicação de um tratamento compulsivo, este deverá ocorrer em regime hospitalar apenas quando as condições psíquicas do doente são tais que requeiram uma intervenção terapêutica urgente, se o tratamento não for consentido pelo doente e quando as circunstâncias não permitirem a adoção de medidas adequadas em regime de ambulatório. Estas condições deverão ser tidas como orientadoras para a aplicação do tratamento compulsivo, sendo que, deliberadamente, não consta já (e ao contrário do verificado nas legislações de outros países) o motivo relativo à representação de perigo por parte do indivíduo. Aliás, com a desvalorização deste fator, a intenção foi precisamente a redução do número de admissões para internamento compulsivo, promovendo uma maior especificação e limitação dos critérios (Carta, 2002).

O processo que antecede a decisão de internamento compulsivo é bastante burocrático, incluindo uma proposta de um médico (geralmente, externo a uma estrutura onde o internamento possa ocorrer), sustentada pelo parecer de um segundo médico (que preste funções numa estrutura pública), seguindo-se a autorização de admissão do doente pelo Presidente da Câmara Municipal e consequente notificação do Juiz Tutelar num prazo de 48 horas. O magistrado deverá assegurar que os direitos do doente são garantidos e que a autorização do Presidente da Câmara Municipal é legítima. Assim, depois de ter recolhido toda a informação necessária e avaliado a situação, o magistrado

irá então aprovar ou não a moção, notificando o Presidente da Câmara Municipal da sua decisão nas 48 horas subsequentes (Carta, 2002).

A duração do tratamento compulsivo não deve exceder os sete dias, no final dos quais o médico psiquiatra responsável pelo serviço de Psiquiatria poderá requerer um prolongamento do mesmo, caso não se verifique a reunião das condições para que o acompanhamento do doente seja em regime de ambulatório. Uma vez mais, e à semelhança do processo anteriormente descrito, esta proposta será emitida pelo Presidente da Câmara Municipal e posteriormente aprovada ou não pelo Juiz Tutelar (Carta, 2002).

O Presidente da Câmara deverá ser notificado da interrupção do tratamento compulsivo pelo médico psiquiatra que coordena o serviço de Psiquiatria, competindo ao primeiro informar o Juiz Tutelar do mesmo no prazo de 48 horas (Carta, 2002).

Como foi já possível perceber, a figura de autoridade judicial designada para supervisionar as moções da admissão ao internamento compulsivo, nomeadamente o Juiz Tutelar, é destacada para examinar o requerimento para este efeito e para confirmar a efetiva necessidade do tratamento. Ao ser responsável por estas tarefas, o Juiz Tutelar poderá solicitar opiniões e pareceres de pessoas passíveis de providenciar informação útil relativamente ao estado mental do doente. Neste seguimento, poderá, caso necessário, determinar a marcação de uma avaliação psiquiátrica dentro do período de tempo limite imposto pela lei (Carta, 2002).

A escolha do Juiz Tutelar, como regulador dos procedimentos envolvidos no tratamento compulsivo, não é desprovida de fundamento. De facto, esta figura representa um órgão soberano de escolha em matérias respeitantes à guarda, tutela e cuidado, pelo que se encontra mais sensibilizado para a avaliação da situação delicada na qual estes doentes se encontram (Carta, 2002).

Para além de regular o internamento compulsivo, a legislação determina ainda que os estabelecimentos passíveis de prestar tratamento em regime de ambulatório devem prestar serviços não só a esse nível, mas também no que respeita ao diagnóstico e à prevenção de perturbações psiquiátricas através da criação de uma rede de estruturas capazes de assegurar uma adequada continuidade terapêutica (Carta, 2002).

4.10. Luxemburgo

No Luxemburgo, o internamento e o tratamento compulsivos são regulados por uma legislação específica, emitida em Maio de 1988. No ano 2000, esta legislação foi revista, de forma a incluir a regulação do internamento compulsivo para ofensores com perturbação psiquiátrica (Cloos, Thillman, Spautz & Pull, 2002).

Esta legislação determina, à semelhança de outras, que um doente deve, sempre que possível, beneficiar de tratamento no seu contexto habitual, podendo apenas ser internado compulsivamente quando na presença de dois critérios fundamentais: a identificação de uma perturbação mental grave e a presença de perigo para o próprio ou para terceiros. A diminuição das capacidades cognitivas devido ao avançar da idade não é considerada razão suficiente para a admissão a internamento compulsivo (Cloos et al., 2002).

O internamento compulsivo exige um requerimento escrito por um tutor, familiar, autoridade policial, procurador ou juiz, explicando as circunstâncias mais relevantes que o possam motivar, assim como um relatório médico que não tenha sido elaborado há mais de três dias por um médico sem relação com o hospital de internamento. Em situação de urgência, este relatório terá que ser elaborado num prazo de 24 horas (Cloos et al., 2002).

No Luxemburgo, os médicos desempenham dois papéis no processo de internamento: são responsáveis pelo tratamento do doente e pela decisão da manutenção do internamento. A legislação não inclui, de forma sistemática, um juiz no processo de decisão relativo ao internamento compulsivo, seja no período de observação, seja no primeiro ano de manutenção do internamento. É, aliás, de mencionar que o poder legal se encontra algo ausente na legislação (Cloos et al., 2002).

A legislação distingue o período de observação, que poderá ter a duração de 14 dias e sujeito a prolongamento, do período de internamento compulsivo. Após o período de observação, compete ao médico a decisão de prolongar o mesmo para um internamento compulsivo de facto (Cloos et al., 2002).

Nesta legislação é ainda contemplado que o doente tem o direito a ser tratado de acordo com o seu estado, pelo que um plano de tratamento personalizado deve ser criado e aplicado por uma equipa técnica qualificada. O tratamento tem como objetivo a

reintegração do doente na sociedade, sendo sempre aplicado com base no respeito pela sua liberdade de pensamento e pelas suas convicções religiosas e filosóficas. O contacto social e com a família, em particular, deverão ser encorajados sempre que possível (Cloos et al., 2002).

No momento da alta clínica, a legislação permite a determinação de certas condições de residência e cuidado médico, sendo que, no caso do não cumprimento das mesmas, poderá ocorrer um novo internamento até três meses após a alta (Cloos et al., 2002).

4.11. Holanda

A legislação relativa à saúde mental, na Holanda, entrou em vigor em 1994. As cinco condições para o internamento neste país são, tal como noutros já mencionados, a identificação de uma perturbação psiquiátrica diagnosticada, a presença de perigo iminente para o próprio ou para terceiros, uma relação causal entre a perturbação e o grau de perigo, recusa à submissão ao tratamento e a exclusão de outra forma de tratamento (Van der Post et al., 2009).

Em todos os casos de doentes declarados como incapazes, a principal obrigação do médico consiste em consultar o cônjuge ou parente próximo para aprovação do internamento compulsivo, sendo que, no caso de a opinião do parente ser contrária à do médico, este tem autonomia para atuar conforme o seu parecer profissional. No que concerne ao papel do juiz no processo de tomada de decisão de internamento, este assume um papel de decisão (Salize, Dressing & Peitz, 2002).

Esta legislação evidencia uma grande preocupação e cuidado pela autonomia do doente, declarando que esta deve ser mantida o melhor possível e durante o maior período de tempo. Os limites desta autonomia protegida são definidos pelas zonas de elevado risco do doente, ou seja, a manifestação de comportamento perigoso por parte deste e dirigido a si próprio, a terceiros ou à sociedade em geral. As consequências deste princípio legislativo de proteção da autonomia nem apenas se revestem de benefícios, uma vez que, quando um doente é internado contra a sua vontade, este irá manter-se capaz na decisão de um determinado número de aspetos, com exceção de questões

relativas à sua saída do internamento, dando origem a comportamentos agressivos ou de recusa do tratamento (Salize et al., 2002).

Outra característica desta legislação diz respeito à melhoria a nível da relação entre médico e doente, em que, atualmente, o primeiro deverá informar o segundo acerca das opções de tratamento, bem como agir de forma a obter o seu consentimento (ou de um representante legal) para a realização do mesmo.

É, no entanto, indicada uma crítica a esta legislação, na medida em que não permite um tratamento compulsivo em regime de ambulatório, sendo que, para a prática deste, é exigido o internamento num estabelecimento adequado (Salize et al., 2002).

4.12. Espanha

Em Espanha, não existe uma legislação específica relativa à saúde mental e ao internamento compulsivo, pelo que a regulação deste é feita por meio de outras legislações.

No que diz respeito à aplicação do internamento compulsivo, o juiz surge como uma figura central, atuando no sentido de garantir que o direito à liberdade não é retirado de forma leviana. Assim sendo, apenas um juiz pode autorizar o internamento compulsivo (Torres-Gonzalez, 2002).

Antes de ser atribuída a autorização, o Tribunal irá ouvir o internando, competindo ao juiz examiná-lo e ficar a par do relatório médico. O doente pode, nesta fase, ser representado por um advogado e tem o direito de interpor um pedido de recurso (Torres-Gonzalez, 2002).

O internamento compulsivo deverá ser aplicado quando, por motivo de uma perturbação psiquiátrica, uma pessoa não é capaz de tomar uma decisão por si própria relativamente ao seu tratamento. O internamento inicial não necessita de especificar a sua duração, não existindo o ato formal de prolongamento do mesmo. Não obstante, após a admissão ao internamento, o técnico de saúde responsável (seja um médico psiquiatra ou um psicólogo) do estabelecimento hospitalar deve periodicamente informar o Tribunal acerca da necessidade de manter o doente de forma involuntária. O juiz pode decidir relativamente à frequência do relatório, sendo que, ainda assim, não pode

exceder os seis meses de intervalo. Nestes relatórios, deve constar a justificação para a manutenção do internamento compulsivo (Torres-Gonzalez, 2002).

Assim, o processo de decisão do internamento envolve um médico psiquiatra que sugere a admissão e um juiz que supervisiona o cumprimento dos direitos individuais do doente, nomeadamente o direito à liberdade. Após a aprovação do internamento compulsivo por parte do juiz, o restante processo é da responsabilidade do médico psiquiatra, a nível profissional, ético e legal (Torres-Gonzalez, 2002).

Em situações de emergência, o médico hospitalar pode decidir a favor do internamento compulsivo, ainda que esta decisão tenha que ser comunicada ao Tribunal num prazo de 24 horas. O processo de internamento compulsivo pode ser iniciado por qualquer pessoa, embora sejam os familiares do doente, aqueles que habitualmente o iniciam (Torres-Gonzalez, 2002).

No que concerne à alta clínica, esta compete ao médico psiquiatra responsável pelo tratamento do doente, em concordância com a vontade deste último. Considerando que o principal papel do Tribunal neste processo é garantir a proteção e cumprimento dos direitos do doente, a alta clínica pode ser atribuída sem uma prévia autorização do juiz, ainda que este deva ser informado imediatamente após a cessação do internamento (Torres-Gonzalez, 2002).

O tratamento compulsivo para além do contexto hospital não é, no entanto, contemplado na legislação Espanhola.

4.13. Suécia

A atual versão da legislação de saúde mental da Suécia determina alguns princípios relativos à prestação de cuidados, nomeadamente:

- que seja de boa qualidade e satisfaça a necessidade de segurança do doente;
- que seja de fácil acesso;
- que seja baseada no respeito pela autonomia e integridade do doente;

- que promova uma relação adequada entre o doente e equipa técnica;
- que, dentro do possível, seja planeada e desenvolvida em colaboração com o doente.

De igual forma, foram reformulados os princípios reguladores do internamento e do tratamento compulsivos, de forma a:

- reforçar as medidas legais de salvaguarda do doente;
- restringir o recurso a medidas coercivas e ao cuidado compulsivo;
- desenvolver a colaboração com estruturas da comunidade e familiares;
- assegurar que todos os doentes admitidos para tratamento ou internamento compulsivo beneficiam de um plano de tratamento que inclua aspetos médicos e psicossociais.

Verifica-se ainda, nesta legislação, a determinação de três condições essenciais para a determinação do cuidado psiquiátrico compulsivo, sendo que as mesmas devem estar presentes em simultâneo (Svard, 2002):

- o doente deve padecer de uma grave perturbação mental;
- o doente deve ter uma inegável necessidade de um tratamento psiquiátrico a tempo inteiro, devido à sua perturbação mental e circunstâncias pessoais;
- o doente deve ter a possibilidade de se opor ao tratamento proposto, exceto se, devido ao seu estado mental, não se mostrar capaz de expressar ou tomar uma decisão ponderada.

Aquando da avaliação da necessidade de cuidados do doente, deverá ser igualmente considerado se este, como resultado da sua perturbação mental, representa um perigo para a saúde ou segurança de outra pessoa.

Uma ordem para internamento compulsivo deve ter como base o parecer de um médico que não o responsável pela admissão do doente. Esta ordem deve ser emitida no

prazo de 24 horas após a admissão do doente no estabelecimento de internamento. A duração do internamento compulsivo está restrita a quatro semanas. Na eventualidade de se mostrar necessária a manutenção do tratamento para além desse período, a decisão deverá então ser remetida para um Tribunal. Posteriormente, o tratamento poderá ser prolongado até 4 meses e, subsequentemente, até seis meses (Svard, 2002).

O tratamento voluntário não pode ser convertido em tratamento compulsivo, exceto se se verificar a presença de um perigo manifesto de que o doente possa infligir danos a si próprio ou a terceiros (Svard, 2002).

Quando necessário, familiares e estruturas comunitárias deverão ser envolvidos numa fase precoce deste processo, de forma a melhor definir um plano de tratamento médico e psicossocial que será constituído por estratégias e procedimentos validados cientificamente (Svard, 2002; Wallsten & Kjellin, 2004).

4.14. Reino Unido

A legislação vigente no Reino Unido é aquela que tem sido, sem dúvida, alvo de maior número de análises e estudos. Esta lei não é uniformemente aplicada em todo o Reino Unido, sendo as referências seguintes relativas à situação legal em Inglaterra e no País de Gales. A Escócia e a Irlanda do Norte têm uma legislação de saúde mental à parte, não sendo, portanto, contempladas neste capítulo.

A *Mental Health Act* 1983 é a legislação reguladora do internamento compulsivo no Reino Unido. Em simultâneo com a *Mental Capacity Act* 2005, foi revista e sujeita a alterações que foram posteriormente reunidas na *Mental Health Act* 2007. Ainda assim, a *Mental Health Act* 1983 tem-se mantido a legislação de referência no que concerne a saúde mental em geral e o internamento compulsivo em particular.

A *Mental Health Act* estipula a moldura legal que regula o tratamento, voluntário e involuntário, de portadores de perturbação mental. A *Mental Capacity Act*, por sua vez, providencia a estrutura legal através da qual as decisões, incluindo as respeitantes ao tratamento médico, devem ser tomadas em prol de adultos cuja capacidade de tomada de decisão esteja comprometida. A ausência de capacidade é, aliás, o principal critério para a sua aplicação (Owen et al., 2009).

A *Mental Health Act* 1983 está principalmente relacionada com a redução do risco não apenas para o próprio, mas também para terceiros, enquanto a *Mental Capacity Act*

está construída para possibilitar ao indivíduo que tome as suas próprias decisões, assegurando que essas decisões são reflexo do melhor interesse do indivíduo e que é feito recurso da intervenção menos restritiva possível. Por vezes, estes dois diplomas entram em conflito, suscitando dúvidas aos próprios clínicos em relação à sua utilização (Owen et al., 2009).

Considerando a essência de cada um dos documentos, aquele que se revela mais pertinente para o presente trabalho é, então, a *Mental Health Act* 1983. Esta admite que o internamento compulsivo é possível no melhor interesse do doente, desde que o tratamento não possa ser providenciado noutro contexto. Os principais critérios de admissão são a presença de uma perturbação mental e de risco para o próprio ou para terceiros. Igualmente, sublinha que, aquando do internamento ou da sua renovação, o critério principal a considerar é a relevância do tratamento para o estado mental do doente, ou seja, se diminui a gravidade do mesmo ou se previne o seu agravamento (Hamilton, 1983; Zinkler & Priebe, 2002).

Aliás, são poucas as restrições apresentadas nesta legislação acerca do tratamento em internamento compulsivo, sendo que aquelas mencionadas dizem respeito à psicocirurgia e terapia por eletrochoques, em que se requer o consentimento do doente e uma segunda opinião relativamente à relevância do procedimento, e a imposição de que, periodicamente, deverá também ser solicitada uma segunda opinião. De resto, e no que respeita a outros procedimentos ou terapêuticas, o consentimento do doente não é necessário para a sua realização (Bartlett, 2011).

Para que ocorra este consentimento, é necessário que o doente possua a capacidade de compreender a informação que lhe é transmitida, bem como de avaliar as consequências da sua escolha e das outras possibilidades terapêuticas (Bartlett, 2011).

No que diz respeito à admissão para internamento, a legislação exige o parecer de dois médicos psiquiatras, podendo o pedido ser efetuado por um elemento médico, assim como por um parente próximo ou por uma pessoa que coabite com o doente e entregue ao diretor do hospital ou estabelecimento adequado. O Tribunal não participa na decisão do internamento, competindo a mesma, então, aos elementos anteriormente mencionados. No entanto, se um parente próximo do doente se opuser ao internamento, o profissional de saúde não poderá requerer admissão para o mesmo, exceto se esta oposição se mostrar pouco razoável, sendo então possível solicitar, por ordem judicial, a transferência de poderes desse parente para outra pessoa (*Mental Health Act* 1983; Steinert & Lepping, 2009; Zinkler & Priebe, 2002).

A inclusão e importância atribuída ao assistente social no processo de decisão, prende-se com a tentativa de conferir algum equilíbrio à própria decisão através da perspectiva social que este confere. Assim, o assistente social assume um papel preponderante na fase de decisão, sendo responsável por uma avaliação global da situação do doente e pela averiguação do preenchimento dos critérios necessários para internamento. Desta forma, o assistente social não se revela tão relevante na fase de consideração da admissão (Hatfield et al., 1997).

O doente terá que ser admitido no prazo de 24 horas, para a designada *admissão para avaliação*, que terá a duração de 28 dias, sendo, que o doente deverá ser informado dos seus direitos. O doente poderá solicitar ao Tribunal uma reavaliação do seu processo nos 14 dias subsequentes ao início desta sua admissão. No caso de admissão para tratamento, que poderá ter a duração de seis meses, ocorre, obrigatoriamente, a possibilidade de uma reavaliação no sentido da renovação da mesmo ou da decisão da sua cessação precisamente num período recorrente de seis meses. No caso de um internamento de urgência, pode ocorrer uma detenção do doente por um período de 72 horas (Mental Health Act 1983; Hamilton, 1983).

É sublinhada a necessidade de que o tratamento psiquiátrico deve ser adaptado a cada doente, considerando as suas especificidades individuais e as próprias especificidades (natureza e gravidade) da sua patologia mental. Desta forma, o conceito de que o tratamento deve ser “apropriado” diz respeito não apenas aos resultados clínicos passíveis de serem obtidos, mas principalmente à consideração de todos estes fatores (Bartlett, 2011).

O internamento é reavaliado periodicamente pelo Tribunal, a pedido ou não do doente, de forma a que seja determinada a cessação do internamento ou a sua renovação. No caso de ser aprovada a primeira situação, as autoridades de saúde deverão providenciar a manutenção de cuidados em regime de ambulatório (Hamilton, 1983).

Tabela 3.

Características das Legislações dos Estados-Membros (Correia & Almeida, 2012; Salize et al., 2002; Salize & Dressing, 2004;)

Países	CrITÉrios para IC (para além de doença mental)	Necessidade de Cons. Informado	DiagnÓstico definido legalmente	Nº de especialistas envolvidos na avaliação	Autoridade que decide o IC
Áustria	P	S	n.d.	2	Não-med.
Bélgica	P	N	n.d.	1	Não-med.
Dinamarca	P ou T	N	Psicose	1	Med.
Finlândia	P ou T	N	n.d.	+2	Med.
França ¹	P	N	n.d.	2	Não-med.
Alemanha	P	S	Vários	1	Não-med.
Grécia	P ou T	N	n.d.	2	Não-med.
Irlanda	P ou T	S	Vários, PP	2	Med.
Itália	T	N	n.d.	2	Não-med.
Luxemburgo	P	N	n.d.	2	Med.
Holanda	P	S	n.d.	1	Não-med.
Portugal	P ou T	N	n.d.	2	Não-med.
Espanha	T	N	n.d.	2	Não-med.
Suécia	T	S	n.d.	2	Med.
Reino Unido	P ou T	N	Vários, PP	2	Não-med. ou Med.

Notas:

1. De acordo com o procedimento *HO – Hospitalisation d'Office*.

Abreviaturas: IC – Internamento Compulsivo; Cons. Informado – Consentimento informado; P – Perigosidade; T – Necessidade de Tratamento; S – Sim; N – Não; n.d. – Não definido; Psicose – Restrito a psicose ou perturbações semelhantes a psicoses; Vários – Mencionadas categorias diagnósticas, mas sem restrições para diagnósticos específicos; PP – Regulamentações especiais para Perturbação da Personalidade; Não-med. – Não médica; Med. – Médica.

Após análise, foi possível constatar que, a nível dos países europeus, as restrições legais para a aplicação do internamento compulsivo são significativamente superiores nos países da Europa Central e Europa Ocidental, quando comparadas com as de países da Europa de Leste e Turquia, em que a regulação legal a este nível se revela bastante parca (Steinert & Lepping, 2009).

Depois de explanadas as legislações de alguns países Europeus, o próximo capítulo será dedicado à exposição de dados epidemiológicos dos mesmos países, como reflexo dos próprios quadros legais.

V. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Seguidamente, serão apresentados alguns dados epidemiológicos retirados de relatórios oficiais e artigos científicos, de forma a traçar um panorama da realidade regulada pelas legislações de Saúde Mental acima descritas. É de acrescentar que a obtenção de dados metodológicos nos países da União Europeia é algo limitada, uma vez que são poucos os estudos metodológicos sólidos e as publicações a nível internacional das estatísticas relativas ao internamento compulsivo.

Assim, começaremos por expor os dados relativos a Portugal e, posteriormente, os dados relacionados com outros países Europeus.

5.1.Dados Epidemiológicos do Internamento Compulsivo em Portugal

No que concerne à obtenção de dados epidemiológicos em Portugal, e à semelhança de outros países Europeus, esta revela-se algo difícil, pelo que os dados seguidamente apresentados foram retirados de um relatório para a Comissão Europeia (datado de 2002) e de dois artigos cujas investigações datam de 1999 a 2007 e de 2008 a 2010. É ainda de salientar que este último artigo diz respeito a uma investigação realizada no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) – Pólo Júlio de Matos (HJM), no Hospital Magalhães Lemos (HML) e no Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHGE).

A Lei de Saúde Mental em Portugal contempla a criação de uma Comissão de Acompanhamento (artigo 38.º), constituída por psiquiatras, juristas, representantes das associações de familiares e utentes de saúde mental e outros técnicos de saúde mental (artigo 40.º). Esta Comissão possui funções de supervisionamento e é responsável pelas visitas aos estabelecimentos, recolhendo e analisando informação, de forma a propor ao Governo as medidas que julgue necessárias à execução da presente lei (artigo 41.º). No entanto, à data da elaboração do relatório para a Comissão Europeia (2002), a Comissão de Acompanhamento não tinha ainda dados suficientes, para além do número de internamentos compulsivos em 1999 e 2000, sendo estes, de 513 (2.8%) e 618 (3.2%), respetivamente (Xavier, 2002).

Por este motivo, a principal fonte de informação para este subcapítulo relativo aos dados epidemiológicos em Portugal, serão os artigos resultantes de investigações científicas em Hospitais Psiquiátricos.

Algo consensual nos diversos artigos é o aumento progressivo que se tem verificado nos internamentos compulsivos ao longo dos anos a nível nacional, sendo de mencionar que é o Hospital Júlio de Matos (HJM) aquele que reúne a percentagem de internamentos compulsivos mais significativa: em 1999 verificaram-se 94 internamentos compulsivos (5.53%), número que aumentou até 268 (15.31%) em 2007 (Correia & Almeida, 2012).

A existência deste número de internamentos compulsivos superior no sul do país, poderá ser explicado pelo facto de, em média, os doentes do Hospital Júlio de Matos terem alta do internamento compulsivo mais precocemente do que os doentes do Hospital Magalhães Lemos, podendo conduzir a uma conseqüente mais rápida descompensação e reentrada em novo internamento compulsivo (Almeida et al., 2008).

Ainda assim, é de referir que, em relação à média europeia, Portugal mantém a média mais baixa de internamentos compulsivos. Isto poderá dever-se ao facto de Portugal ser o país europeu com a aplicação mais recente de uma legislação relativa ao internamento compulsivo (Loureiro et al., 2004, cit in Correia & Almeida, 2012).

Das investigações realizadas entre 1999 e 2007 e entre 2008 e 2010, resulta que os doentes internados compulsivamente são maioritariamente homens solteiros, encontrando-se distribuídos por todas as faixas etárias, ainda que com predomínio da terceira, quarta e quinta décadas de vida. Apresentam ainda, como nível de escolaridade mais comum, o 3º ciclo e o ensino secundário (Almeida et al., 2008; Almeida, Moreira, Silva & Cardoso, 2012).

As admissões dos doentes internados compulsivamente foram, na sua grande maioria, suportadas pelo artigo 22.º da Lei de Saúde Mental respeitante ao internamento de urgência. Neste seguimento, tem-se verificado um decréscimo no número de avaliações clínico-psiquiátricas efetuadas no âmbito do artigo 17.º, uma vez que, aquando da ocorrência do internamento compulsivo através do internamento de urgência, deixa de ser necessária a avaliação clínico-psiquiátrica ao abrigo deste artigo para iniciar o internamento (Almeida et al., 2008; Almeida et al., 2012).

Na investigação ocorrida de 2008 a 2010, verificou-se que mais de metade da amostra (57.6%) tinha contactos prévios com o sistema judicial, sendo que 82.4% destes

era no âmbito de processos de internamento compulsivo (Almeida et al., 2012). De igual forma, verificou-se, em ambos os estudos, que mais de metade da amostra tinha também antecedentes de tratamento psiquiátrico e que tinha prescrita medicação psiquiátrica previamente ao internamento compulsivo (Almeida et al., 2008; Almeida et al., 2012).

No que diz respeito aos diagnósticos atribuídos na admissão do internamento compulsivo, o mais comum foi o de psicose esquizofrénica, tendo a percentagem deste diagnóstico sido mais elevada no momento da alta. Um outro dado curioso relativamente ao diagnóstico atribuído aquando da admissão ao internamento, diz respeito ao número significativo de diagnóstico “799.9 – doença não diagnosticada, não especificada”. Isto pode revelar que, aquando da admissão ao internamento, se verifica uma postura cautelosa dos médicos psiquiatras relativamente ao diagnóstico, requerendo um estudo mais aprofundado dos doentes, após o qual resulta que estes doentes, na sua maioria, são psicóticos (Almeida et al., 2008; Almeida et al., 2012).

É ainda indicado que mais de metade dos doentes internados apresentava quadros de comorbilidade psiquiátrica, valor que não se revela surpreendente, uma vez que estes doentes são, geralmente, problemáticos (Almeida et al., 2008).

A sintomatologia apresentada pelos doentes era essencialmente muito grave, com alguns doentes a manifestarem ideação suicida e ideação homicida séria. Concomitantemente, a maioria dos doentes apresentava igualmente alterações do comportamento e ausência de consciência mórbida (Almeida et al., 2008; Almeida et al., 2012).

Após a admissão ao internamento compulsivo, a via de administração privilegiada dos antipsicóticos era a via PO+IM (via oral + via intramuscular), seguida da PO (via oral) e, finalmente, da IM (intramuscular) (Almeida et al., 2012).

Os doentes internados compulsivamente apresentavam, na sua maioria, um risco de perigosidade moderado e ausência de psicopatía (Almeida et al., 2012).

No que concerne ao destino dos doentes internados compulsivamente após a alta, este foi, maioritariamente, a residência, seguida de uma instituição não hospitalar e transferência para outro local (Almeida et al., 2012).

Como conclusão, verificou-se que, após a alta clínica, foram reinternados mais de metade destes doentes, sendo que a maioria dos mesmos padecia de psicose esquizofrénica (Almeida et al., 2008).

5.2.Dados Epidemiológicos do Internamento Compulsivo em Países da União Europeia

A recolha de dados epidemiológicos relativos ao internamento compulsivo na União Europeia é algo parca, pelo que as informações seguidamente apresentadas foram retiradas de um relatório para a Comissão Europeia (datado de 2002) e de artigos científicos que expõem algumas das investigações realizadas neste âmbito.

5.2.1.Áustria

Estudos têm demonstrado que o número de internamentos compulsivos tem vindo a aumentar significativamente após a entrada em vigor da legislação de 1990, sendo de referir que foram registados 92.1 internamentos compulsivos por cada 100.000 habitantes em 1990, 181.2 em 2001 e 228.0 em 2005. Em 1999 foram identificados 14.122 internamentos compulsivos, correspondendo a uma percentagem de 18% do número total de internamentos (Salize et. al, 2002; Priebe, 2008).

5.2.2.Bélgica

Um estudo de 2001 (Arteel, 2001, cit in De Hert et al., 2002) na parte Flamengo do país indica que, na maioria dos casos (75%), os doentes são admitidos compulsivamente através do internamento de urgência. Outros dados obtidos indicam que, nas cidades de maior densidade populacional, o processo formal de internamento é seguido em apenas 15% dos casos, sendo que uma em cada três admissões de urgência não é confirmada por um juiz. É ainda revelado que, em 50% das admissões compulsivas, a duração do tratamento é inferior a seis meses, sendo o prolongamento do internamento solicitado em dois de cada três casos (De Hert et al., 2002).

Uma outra fonte de informação relevante são os relatórios resultantes dos registos obrigatórios dos serviços de Psiquiatria. A informação disponível reporta aos anos de 1997 e 1998 e uma vez que este registo obrigatório surgiu apenas após a implementação da legislação de saúde mental, não existem dados anteriores à mesma, pelo que, consequentemente, não é possível fazer uma comparação dos dados e perceber o impacto da legislação na realidade da Psiquiatria. O único valor obtido relativamente ao número de internamentos compulsivos diz respeito a 1998, tendo sido registados 4.799 (Salize et al., 2002).

Destes dados obtidos, conclui-se que se verificou um aumento do número de internamentos compulsivos, com um predomínio do sexo masculino na taxa de internamentos. O maior número de internamentos compulsivos ocorre nos hospitais psiquiátricos (De Hert et al., 2002).

Ainda nos dados acima mencionados, consta que os diagnósticos mais comuns nos doentes internados compulsivamente são o de “perturbações psicóticas” e “esquizofrenia”, seguidos do diagnóstico de perturbação de dependência de substâncias (com inclusão do álcool). Uma comparação entre estes diagnósticos demonstra que os doentes com perturbações psicóticas mantêm-se internados por períodos de tempo mais extensos, enquanto os doentes com perturbação de dependência de substâncias apresentam internamentos mais curtos (De Hert et al., 2002).

Num outro estudo de De Hart et al. (2001, cit in De Hert et al., 2002), verificou-se que cerca de 40% dos doentes psicóticos tinham sido internados compulsivamente pelo menos uma vez antes do internamento atual.

5.2.3. Dinamarca

Os cuidados em Psiquiatria na Dinamarca sofreram grandes alterações desde 1988. Dez anos depois, a Dinamarca tinha menos camas psiquiátricas, ainda que a taxa de internamentos não apresentasse diferenças significativas comparativamente a anos anteriores. Neste mesmo período de dez anos foram criados cuidados psiquiátricos em regime de ambulatório, permitindo aos doentes o tratamento na sua comunidade, enquanto mantinham a sua residência. No entanto, vários destes doentes com perturbação mental não possuíam uma residência própria e a construção de estruturas

para lhes dar resposta não acompanhou a celeridade com que os serviços de Psiquiatria com capacidade para internamento iam encerrando. Por esta razão, no início dos anos 90, várias alas de internamento em Psiquiatria se encontravam sobrecarregadas, podendo isto ser explicativo do aumento do número de internamentos verificado durante esse período (Aggernaes, 2002).

A Dinamarca é o único país com apresentação de dados epidemiológicos fidedignos, uma vez que desenvolveu uma base de dados nacional de registo de casos psiquiátricos (Engberg, 1991).

Assim, sabe-se que, em 1990, foram registados 33.4 internamentos compulsivos por cada 100.000 habitantes, 49.6 em 2002 e 57.8 em 2006. É ainda revelado que a generalidade dos doentes internados nesses serviços padecem de perturbações psicóticas graves (Aggernaes, 2002; Priebe et al., 2008).

Já em 2000, os dados revelam o registo de 1.792 internamentos compulsivos, nos quais a maior parte dos doentes é do sexo masculino e tem o diagnóstico de esquizofrenia (Aggernaes, 2002).

5.2.4. Finlândia

Uma vez que a legislação que regula a saúde mental é algo permissiva e pode ser interpretada de diferentes formas, os dados relativos ao tratamento compulsivo são variáveis entre as diferentes regiões do país (Kaltiala-Heino, 2002).

A célere política de desinstitucionalização vigente de 1980 até 1990 resultou num aumento de hospitalizações breves, ainda que as hospitalizações longas tenham diminuído. Esta mudança não é devida a alterações nos critérios de internamento compulsivo, mas sim à própria política de desinstitucionalização, a qual apela ao evitamento de internamentos de longa duração (Kaltiala-Heino, 2002).

O único dado epidemiológico obtido relativamente ao número de internamentos compulsivos é respeitante ao ano de 2000, tendo sido registados 11.270, correspondendo a uma percentagem de 21.6% do número total de internamentos (Salize et al., 2002).

5.2.5. França

Entre 1988 e 1998, o número de internamentos compulsivos aumentou cerca de 57%. Num relatório de 1999 constam 61.063 internamentos involuntários, 13.2% dos quais sob o regime de internamento jurídico (HO – Hospitalisation d'Office) e 86.8% sob o regime de internamento a pedido de uma terceira parte (HDT – Hospitalisation à la Demande d'un Tiers). Ainda relativamente a 1999, 14.6% dos internamentos a pedido de uma terceira parte (HDT) tiveram uma duração superior a três meses, enquanto 27.8% dos internamentos jurídicos (HO) duraram mais de quatro meses (Jonas et al., 2002).

Com base nos dados de 1997/1998, é possível obter uma descrição mais precisa dos internamentos compulsivos em França. Assim, conclui-se que existia uma diferença entre géneros, uma vez que 64% dos homens eram internados através do processo de internamento a pedido de uma terceira parte (HDT) e 37% pelo processo de internamento jurídico (HO), enquanto 91% das mulheres eram internadas sob o processo de internamento a pedido de uma terceira parte (HDT) e apenas 8% através do processo de internamento jurídico (HO). Cerca de 50% dos doentes internados involuntariamente foram diagnosticados com Esquizofrenia, seguindo-se os diagnósticos de Perturbações pela Utilização de Substâncias e Perturbações do Humor (Jonas et al., 2002).

Em 2000 verificou-se um aumento do número total de internamentos involuntários, com um valor de 71.916. Destes internamentos, 9.208 ocorreram através do processo de internamento jurídico (HO) e 62.708 através do processo de internamento a pedido de uma terceira parte (HDT). Em 2003, registou-se o valor de 78.126 internamentos compulsivos, ocorrendo novamente um predomínio dos internamentos a pedido de uma terceira parte. Em 2007, o número total de internamentos compulsivos diminuiu para 72.598, dos quais 11.579 eram internamentos jurídicos (HO) e 61.019 eram internamentos a pedido de uma terceira parte (HDT) (<http://www.santementale.fr/inc/ddldoc.php?file=medias/pdf/encadre.pdf>).

5.2.6. Alemanha

Como consequência da variabilidade da legislação entre os vários estados da Alemanha, também os valores obtidos relativamente à taxa de internamentos compulsivos variam entre estados (Dressing & Salize, 2002; Salize et al., 2007).

Desta forma, alguns estados revelam que a taxa de admissões compulsivas se tem mantido algo semelhante ao longo dos anos, havendo, no entanto, outros estudos que indicam a presença de um aumento significativo no número total de admissões ao internamento compulsivo a nível nacional durante 1991-2001 (Dressing & Salize, 2002; Salize et al., 2007).

Salize e colaboradores (2002) indicam que, em 2000, se verificaram 163.551 internamentos compulsivos, correspondendo a uma percentagem de 17.7% do número total de internamentos. No que diz respeito à taxa de internamentos compulsivos, esta sofreu um aumento progressivo, verificando-se valores como 114.4 em 1992, 190.5 em 2001 e 237.2 em 2006 (Priebe et al., 2008).

5.2.7. Grécia

A informação relativa ao internamento compulsivo é mantida no gabinete do Procurador do Ministério Público e, uma vez que os dados não são reunidos e que não existe um tratamento sistemático dos mesmos, não existe muita informação respeitante ao internamento compulsivo na Grécia.

Conclui-se ainda que 69.4% dos doentes avaliados eram do sexo masculino, contrastando com os 30.6% do sexo feminino. A maioria dos requerentes do internamento compulsivo eram elementos da família (84.3%), principalmente pais (44%) e cônjuge (21.5%). Os Procuradores do Ministério Público requereram a avaliação em 1.1% dos casos. A maioria dos doentes (86.7%) tinha uma história psiquiátrica prévia e 69.1% dos doentes tinham tido um internamento anterior, existindo uma minoria (16%) que tinha mais de cinco internamentos prévios. Aquando da avaliação, 42% nunca tinham feito qualquer tratamento farmacológico e 44.5% tinham cessado a toma da medicação. As principais razões para a avaliação eram comportamento agressivo (37.5%), comportamento delirante (37.3%), dependência de substâncias (7.1%) e comportamento autodestrutivo (2.5%). De todas as avaliações, 75.6% resultaram em internamento compulsivo, 5.8% foram sugeridas para reavaliação e 9.1% suscitaram tratamento e

encaminhamento para consulta em regime de ambulatório. Relativamente aos doentes internados compulsivamente, 42.2% tinham perigosidade como o principal motivo para a admissão (Christodoulou et al., 2002).

5.2.8. Irlanda

Em 1999 foram registados 2.729 internamentos compulsivos, correspondendo a uma percentagem de 10.9% do número total de internamentos. Verificaram-se 90.2 internamentos compulsivos por cada 100.000 habitantes em 1990, 69.4 em 2002 e 54.8 em 2006 (Salize et al., 2002; Priebe et al., 2008).

Em 2009 registaram-se 1.633 internamentos compulsivos, correspondendo a uma percentagem de 8.1% do número total de internamentos (Ng & Kelly, 2012).

5.2.9. Itália

Os dados obtidos relativamente ao internamento compulsivo em Itália indicam que, em algumas regiões do país, se registou um aumento progressivo do número de casos de internamento compulsivo, sendo de ressaltar a identificação de diferenças epidemiológicas entre o Norte e o Sul do país (Carta, 2002).

Ainda assim, os dados encontrados são poucos, sendo apenas de indicar que Priebe e colaboradores (2008) identificaram uma taxa de internamento compulsivo de 21.91 por cada 100.000 habitantes em 2006.

Os diagnósticos mais comuns são, mais uma vez, as perturbações psicóticas e as perturbações do humor, ainda que seja referido que, à data da admissão, são as perturbações do humor as mais frequentes e, à data da alta clínica, as perturbações psicóticas. Isto é explicado pelas dificuldades muitas vezes sentidas pelos médicos psiquiatras em atribuir um diagnóstico primário, uma vez que muitos sintomas são comuns a diversas perturbações psiquiátricas (Ballerini et al., 2007).

Em Itália, e considerando que existe um marcado investimento no tratamento em regime de ambulatório, o tempo de internamento é geralmente curto. Neste sentido, em

1997, a média da duração de um internamento era de 14.5 dias (Guaiana & Barbui, 2004).

5.2.10. Luxemburgo

O número de doentes admitidos compulsivamente será de cerca de 400 por ano, representando aproximadamente 30% do número total de admissões nos serviços de Psiquiatria. Aproximadamente 2/3 desses doentes internados são do sexo masculino (Cloos et al., 2002).

O internamento compulsivo de doentes psiquiátricos no Luxemburgo foi avaliado em dois estudos, tendo um deles avaliado o perfil de 367 doentes internados compulsivamente em 1993. Daqui resultou a conclusão de que a maior parte dos doentes internados é jovem, desempregado, solteiro, do sexo masculino, proveniente do país e com o diagnóstico de Dependência de Substâncias (Cloos et al., 2002).

O outro estudo avaliou a evolução do perfil da população internada de 1984 a 1995, de forma a analisar a influência da legislação de 1988 na prática do internamento compulsivo. Os resultados indicam que o número de admissões compulsivas anuais se manteve algo constante, ainda que o número de internamentos após o período de observação tenha diminuído (Cloos et al., 2002).

O único dado epidemiológico obtido é respeitante a 2000, tendo sido registados 396 internamentos compulsivos (Salize et al., 2002).

5.2.11. Holanda

Vários estudos demonstram que o número total de internamentos compulsivos aumentou significativamente ao longo dos anos, com particular crescimento após a implementação da lei reguladora do internamento compulsivo em Psiquiatria, em 2004 (Schudel, 2002; Stefano & Ducci, 2008).

Assim, de acordo com Stefano e Ducci (2008), o número de internamentos compulsivos em Psiquiatria aumentou para mais do dobro num período de 25 anos, ou

seja, de 3.101 em 1979 para 7.450 em 2004. Salize e colaboradores (2002) indicam que, em 1999, o número total de internamentos compulsivos era de 7.000, correspondendo a 13.2% do número total de internamentos.

Relativamente ao número de internamentos compulsivos por cada 100.000 habitantes, Priebe e colaboradores (2008) indica que se verificou uma taxa de 39.9 em 1996, 43.0 em 2002 e 47.9 em 2005.

Este aumento é reforçado noutros estudos, que mencionam uma tendência crescente no que diz respeito aos internamentos compulsivos, incluindo os internamentos de urgência e os internamentos compulsivos por ordem judicial (Van der Post et al., 2009).

À semelhança de outros países, as perturbações mais comuns na Holanda são as perturbações psicóticas e as perturbações do humor (Van der Post et al., 2009).

5.2.12. Espanha

Em 2000 verificou-se que, no total dos internamentos, 43% eram internamentos compulsivos. Nesta amostra, a maioria dos doentes era do sexo masculino e o diagnóstico principal era o de Esquizofrenia (Torres-Gonzalez, 2002).

Em 2006 registaram-se 47.6 internamentos compulsivos por cada 100.000 habitantes (Priebe et al., 2008).

5.2.13. Suécia

Estudos relativos ao internamento compulsivo na Suécia evidenciam resultados contraditórios entre si, indicando variabilidade entre as várias regiões do país. Ainda assim, vários estudos referem que, desde 1979, se tem vindo a verificar um decréscimo do número de internamentos compulsivos em Psiquiatria, assim como do número de camas disponíveis para estes internamentos. É indicado que o número de internamentos compulsivos decresceu de 116 por cada 100.000 habitantes em 1979 para 19.7 em 1993 (Kjellin, Östman & Östman, 2008; Stefano & Ducci, 2008).

Esta diminuição no número de internamentos compulsivos é reforçada por um estudo que afirma que, de acordo com um censo realizado em 1997, o número de doentes internados em Psiquiatria era cerca de 1/5 do número total em 1967 e metade do número total de 1991, não sendo especificados valores (Silferhielm & Kamis-Gould, cit in Wallsten & Kjellin, 2004).

O único dado epidemiológico obtido diz respeito a 1998, em que o número de internamentos compulsivos atingiu o valor de 10.104, correspondendo a uma percentagem de 30% do número total de internamentos (Salize et al., 2002).

5.2.14. Reino Unido

Os dados relativos ao internamento compulsivo no Reino Unido revelam um aumento significativo do número de admissões compulsivas ao longo do tempo (James, 2002).

Este aumento é corroborado numa análise compreendida entre os anos 1996 e 2006, em que é revelado que o número de admissões compulsivas anuais de doentes com perturbação mental aumentou cerca de 20% (de 42.844 para 51.361), ainda que o número total de camas no serviço nacional de saúde destinadas a doentes psiquiátricos internados tenha diminuído. É ainda indicado que, apesar desta redução do número de camas psiquiátricas, verificou-se, em termos proporcionais, um aumento do número de camas ocupadas por doentes internados compulsivamente (de 23% para 36%) (Keown, Mercer & Scott, 2008).

Salize e colaboradores (2002) identificam um valor de 23.822 internamentos compulsivos em 1999, correspondendo a uma percentagem de 13.5% do número total de internamentos. Priebe e colaboradores (2008), por sua vez, identificam 40.5 internamentos compulsivos por cada 100.000 habitantes em 1991, 50.3 em 2001 e 50.8 em 2005. É ainda de referir que foram registados 44.093 internamentos compulsivos em 2008, 44.543 em 2010 e 48.631 em 2012 (<https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/mental-health/legislation/inp-det-m-h-a-1983-sup-com-eng-11-12/inp-det-m-h-a-1983-sup-com-eng-11-12-rep.pdf>).

As perturbações psicóticas e afetivas assumem-se como mais de 50% dos diagnósticos dos doentes internados em Psiquiatria, tendo-se verificado uma redução

significativa das admissões de doentes com Depressão, uma vez que estes têm vindo a ser encaminhados, preferencialmente, para tratamento em regime de ambulatório. Neste seguimento, o perfil do doente internado compulsivamente em Psiquiatria sofreu uma alteração, sendo as perturbações psicóticas e as dependências de substâncias os diagnósticos mais comuns e verificando-se, conseqüentemente, um aumento do período de internamento (Keown et al., 2008).

Tabela 4.

Taxas de Internamentos Compulsivos em Psiquiatria nos Estados-Membros (Correia & Almeida, 2012; <https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/mental-health/legislation/inp-det-m-h-a-1983-sup-com-eng-11-12/inp-det-m-h-a-1983-sup-com-eng-11-12-rep.pdf>; <http://www.santementale.fr/inc/ddldoc.php?file=medias/pdf/encadre.pdf>; Ng & Kelly, 2012; Salize et al., 2002; Priebe et al., 2008)

País	Ano	Internamentos Compulsivos		
		N	% do total de internamentos	Por 100.000 população
Áustria	1990			92.1
	1999	14122	18	175
	2001			181.2
	2005			228.0
Bélgica ¹	1998	4799	5.8	47
Dinamarca	1990			33.4
	2000 ¹	1792	4.6	34
	2002			49.6
	2006			57.8
Finlândia	2000	11270	21.6	218
França	1999	61063	12.5	11
	2000	71916		
	2003	78126		
	2007	72598		
Alemanha	1992			114.4
	2000 ²	163551	17.7	175

	2001			190.5
	2006			237.2
Grécia		Não disponível	Não disponível	Não disponível
Irlanda	1990			90.2
	1999			74
	2002	2729	10.9	69.4
	2006			54.8
	2009	1633	8.1	
Itália	1997		10.6	
	2006 ³			21.91
Luxemburgo	2000	396	Não disponível	93
Holanda	1996			39.8
	1999	7000 ⁴	13.2	44
	2002			43.0
	2005 ⁵			47.9
Portugal	2000	618	3.2	6
Espanha	2006			47.6
Suécia	1998	10104	30 ⁶	114
Reino Unido	1991		13.5	40.5
	1998 ⁷	46300		93
	1999 ⁷	23822		48
	2001			50.3
	2005			50.8
	2008 ⁷	44093		
	2010 ⁷	44543		
	2012 ⁷	48631		

Notas:

1. Apenas estado na admissão, não tendo sido considerado o número de mudanças do regime voluntário para o involuntário durante o mesmo episódio de internamento de um doente.

2. Aplicações legais por ano (das quais aproximadamente 90% resultam em internamentos compulsivos efetivos); internamentos por 100.000 referem-se a 1998; percentagem de todos os episódios de internamento referem-se a 1999.
3. Apenas para as regiões de Lazio e Lombardia (população total de 16 milhões, ou seja, cerca de 27% da população nacional).
4. Número de decisões judiciais sobre internamento compulsivo.
5. Referente a instituições de internamentos compulsivos de urgência, por curto prazo.
6. Percentagem referente ao ano de 1997.
7. Dados relativos apenas a Inglaterra; 1998 inclui internamentos compulsivos, assim como doentes internados compulsivamente depois de admitidos voluntariamente; 1999 inclui apenas internamentos compulsivos.

De seguida, irá ser apresentada a discussão dos dados acima indicados, numa tentativa de descrever um cenário mais global dos cuidados de saúde mental em alguns países da União Europeia. De igual forma, algumas justificações para os dados encontrados serão também apresentados.

VI. DISCUSSÃO

O internamento compulsivo é uma prática comum no tratamento de doentes com perturbação mental em toda a Europa. Desta forma, as legislações de saúde mental surgiram com o propósito de estabelecer critérios para o internamento e tratamento compulsivos. Ainda assim, com os movimentos defensores dos direitos humanos e com o crescente foco nos cuidados nas comunidades, as legislações e a própria prática têm vindo a sofrer alterações nos últimos 30 anos (Zinkler & Priebe, 2002).

Ao longo do presente trabalho, foi possível perceber a existência, por toda a Europa, de uma significativa variabilidade nas legislações, assim como nas taxas de internamento, ainda que, em relação a estas últimas, se tenham encontrado poucos estudos e dados pouco consistentes (Zinkler & Priebe, 2002; Salize & Dressing, 2004).

Assim, verificou-se que os critérios para o internamento compulsivo são semelhantes nos países Europeus, quando respeitantes ao risco que o doente representa para si mesmo e para terceiros. Quando este risco não se encontra presente, o tratamento compulsivo no melhor interesse da saúde do doente é algo controverso. Este é um conceito possível na legislação do Reino Unido, bem como na legislação da Alemanha, ainda que aqui dependa da capacidade do doente para dar o consentimento informado. Na Áustria, por sua vez, é um conceito que não se encontra contemplado na legislação. No Reino Unido e na Finlândia, onde os doentes podem ser internados para tratamento independentemente da sua capacidade de consentir o mesmo, as taxas de internamento compulsivo são relativamente elevadas. No entanto, na Áustria, regulada por critérios legais restritos, é possível encontrar igualmente taxas de internamento elevadas. Na Alemanha, por sua vez, as taxas de internamento parecem ser menores, dado o internamento compulsivo ser apenas permitido em doentes incapazes de dar consentimento informado (Zinkler & Priebe, 2002).

No que diz respeito às taxas de internamento, estas têm apresentado um aumento no Reino Unido, Áustria, Holanda, Alemanha e França ainda que as razões possam diferir entre os países. No Reino Unido, o aumento no número de internamentos compulsivos é atribuído à preocupação com a segurança pública e à maior consciencialização por parte dos técnicos de saúde mental relativamente aos seus poderes e possibilidades ao abrigo da legislação de saúde mental. No entanto, é relevante assinalar que este crescimento pode igualmente ser devido a uma tendência

que se tem verificado nos serviços de Psiquiatria a nível nacional: o encerramento de serviços psiquiátricos e a diminuição de camas para admissão; as consequentes altas clínicas atribuídas prematuramente, de modo a colmatar a falta de espaço para admitir novos doentes; e as elevadas taxas de readmissão de urgência. Estes diferentes fatores encontram-se correlacionados, sendo este processo conhecido como o de “porta giratória” dos serviços de Psiquiatria (James, 2002; Salize & Dressing, 2004; Zinkler & Priebe, 2002).

Na Áustria e na Holanda, por sua vez, as taxas de internamento aumentaram significativamente apesar das alterações na legislação com particular ênfase nos direitos dos doentes, na transmissão adequada de informação a estes e na sua representação legal (Zinkler & Priebe, 2002).

Em Itália, foram encontradas taxas de internamento reduzidas em algumas áreas do país, podendo ser reflexo de um forte investimento no tratamento na comunidade, da desvalorização do modelo meramente médico no que diz respeito ao tratamento da perturbação mental e da abolição dos asilos psiquiátricos a partir da implementação da lei em 1978. Por outro lado, as taxas de internamento elevadas nos meios urbanos deste país revelam as condições de vida vulneráveis de uma população altamente nómada, carente e multicultural (Zinkler & Priebe, 2002).

Um terço dos países da União Europeia conseguiu definir um perfil dos diagnósticos dos doentes internados compulsivamente. Ainda que não tenha existido um recurso padronizado das categorias de diagnóstico, foi possível perceber que o maior grupo de doentes internados compulsivamente padecem de patologia mental grave e crónica, nomeadamente esquizofrenia ou outra perturbação psicótica. Estas perturbações assumem-se como 30 a 50% de todos os casos de internamento compulsivo, cujos diagnósticos foram facultados (Salize & Dressing, 2004; Van der Post et al., 2009).

Em países como Bélgica, França, Irlanda, Luxemburgo e Holanda, verificou-se uma maior tendência para internar compulsivamente doentes do sexo masculino, em detrimento de doentes do sexo feminino. Esta representação maioritária de doentes do sexo masculino é indicador de que a perigosidade é o principal critério de admissão para internamento compulsivo, uma vez que homens com perturbação mental são mais propensos a evidenciar comportamento agressivo quando comparados com mulheres (Salize & Dressing, 2004).

Estudos demonstraram que internamentos compulsivos prévios estão associados a um aumento significativo do risco de decisão de internamento compulsivo. Assim, na eventualidade de fatores como a avaliação do clínico relativamente à gravidade da perturbação mental, o risco de perigo para o próprio ou para terceiros e a adesão ao tratamento no momento da avaliação assumirem uma relevância equiparável, a existência de história prévia de internamentos compulsivos é um fator fundamental na decisão (Van der Post et al., 2009).

Por outro lado, se aquando da avaliação, se verificar que o doente teve um tratamento em regime de ambulatório frequente no ano anterior, a probabilidade de que este seja internado compulsivamente é menor. Estes dados são reveladores da importância de investir no tratamento em regime de ambulatório como forma de reduzir o número de internamentos compulsivos, ainda que seja de alertar que, para além das características do serviço de saúde e das prestações de cuidados, há igualmente variáveis individuais a considerar (Van der Post et al., 2009).

Uma outra discussão indissociável ao tema das legislações de saúde mental e ao internamento compulsivo, diz respeito aos direitos humanos. Como já referido anteriormente, o tratamento e internamento compulsivos contrariam, na sua essência, alguns dos princípios dos direitos humanos, pelo que as legislações foram sofrendo alterações ao longo dos anos, de forma a procurar uma maior humanização do tratamento involuntário. De acordo com a Ata dos Direitos Humanos, o internamento compulsivo poderia violar o artigo 3 (liberdade de sujeição a tortura e a tratamentos inhumanos ou degradantes) e o artigo 8 (direito à privacidade e à vida familiar), tornando-se imperativo o aperfeiçoamento e a concordância entre as legislações e estes artigos (Bartlett, 2011).

Neste sentido, tem-se verificado, como aliás já tem vindo a ser referido ao longo do presente trabalho, um maior investimento no tratamento em regime de ambulatório como forma de dar resposta à conciliação do tratamento involuntário com o respeito pelos direitos humanos. Ainda assim, este foco no tratamento em regime de ambulatório não é completamente linear, levantando questões do âmbito clínico, legal, filosófico e de política social (Kinderman & Tai, 2008).

Considerando a quantidade limitada dos dados obtidos a nível do internamento compulsivo e a inconsistência que alguns revelam, são apontadas explicações para tal. Assim, a causa mais frequentemente indicada diz respeito à definição dos conceitos, sugerindo que, perante a não padronização dos conceitos, resultarão inevitavelmente

dados diferentes entre si e passíveis de dificultar a comparação (Dressing et al., 2007; Steinert & Lepping, 2008).

Um outro motivo igualmente comum é o da variabilidade e heterogeneidade das legislações de saúde mental e da própria prática clínica, originando dados relativos ao internamento compulsivo também diferentes. Ainda assim, foi possível apurar, a este nível, que os países com uma legislação de saúde mental mais restritiva tinham igualmente uma prática mais restritiva, reforçando a ligação entre legislação e prática (Girolamo & Neri, 2007; Steinert & Lepping, 2008).

No que concerne, especificamente, à Lei de Saúde Mental em Portugal, esta é alvo de algumas críticas, nomeadamente em relação à sua designação. Alguns autores defendem que esta legislação se deveria designar como Lei do Internamento Compulsivo, uma vez que a maior parte do seu conteúdo diz respeito ao processo e pressupostos materiais do internamento compulsivo (Albergaria, 2006).

Assim, segue-se um capítulo final que pretende, considerando o mencionado ao longo deste trabalho, sublinhar as lacunas nas políticas de saúde mental europeias e alertar para as alterações necessárias ainda a serem realizadas.

VII. CONCLUSÃO

O presente trabalho pretendeu retratar o cenário legislativo e de prática clínica no âmbito da saúde mental em Portugal e noutros países da União Europeia. Desta forma, procedeu-se à apresentação detalhada da Lei de Saúde Mental em Portugal e à descrição dos conceitos principais das restantes legislações europeias, seguidas de uma exposição de dados empíricos como reflexo da prática clínica com base na legislação.

Foi então possível concluir que existe alguma variabilidade no que diz respeito às próprias legislações, ainda que seja de reconhecer a tentativa de uniformização dos principais critérios de admissão ao internamento compulsivo. No que diz respeito aos dados empíricos encontrados, verificou-se que existe, de facto, uma diferença significativa na prática clínica entre os vários países e, em alguns casos, entre as várias regiões de um país.

É, no entanto, de ressaltar que esta diferença encontrada nos dados empíricos pode também dever-se a fatores intrínsecos aos próprios estudos, nomeadamente à terminologia utilizada e que se encontra inevitavelmente associada à grelha cultural e social vigente num determinado país (Dressing, Salize & Gordon, 2007; Steinert & Lepping, 2008; Zinkler & Priebe, 2002).

O internamento compulsivo, ainda que seja uma prática clínica relativamente comum nos diversos países da União Europeia, suscita ainda alguns preconceitos e reservas por parte da sociedade. Contudo, num estudo elaborado por Lauber e colaboradores (2000, 2002, cit in Steinert et al., 2005) foi possível perceber que cerca de três quartos das pessoas questionadas evidenciavam uma postura de suporte em relação à possibilidade de internar compulsivamente pessoas portadoras de doença mental. Inclusivamente, não se notou qualquer diferença na taxa de concordância em pessoas com história prévia de tratamento compulsivo ou em familiares de pessoas com doença mental.

Por outro lado, outros estudos sugerem que o internamento compulsivo é percebido como agressivo pelos próprios doentes, dado o sentimento de perda de autonomia e a própria natureza coerciva do tratamento aplicado. Ainda neste sentido, estes estudos referem também que esta percepção não é partilhada ou reconhecida pelos profissionais ou pelos tribunais (Bartlett, 2011).

Como já referido, em diversos estudos é identificada a parca harmonização e padronização relativamente à perceção teórica e prática do internamento compulsivo entre os vários países da União Europeia, apelando-se à possibilidade de constituir uma legislação de saúde mental comum a estes países, apesar das já referidas diferenças culturais (Steinert & Lepping, 2009).

No entanto, alguns autores alertam para os cuidados a ter antes da adoção desta uniformização da lei, sugerindo que se invista na melhor compreensão das causas subjacentes à variabilidade das taxas de internamento nos vários países (Zinkler & Priebe, 2002)

É também referido por vários autores (nacionais e estrangeiros) a necessidade de investir no acompanhamento em regime de ambulatório, de forma a diminuir o risco de recurso ao internamento compulsivo e, conseqüentemente, evitando um tratamento com a carga emocional que o internamento compulsivo comporta (Van der Post et al., 2009).

Em suma, algo comum aos vários estudos encontrados para a elaboração deste trabalho, diz respeito à crítica patente na identificação de dificuldades na homogeneização dos sistemas de cuidados em saúde mental na Europa. Concomitantemente, estes estudos alertam para a necessidade de criar uma rede consistente de recolha de dados relativos ao internamento compulsivo e aos cuidados em psiquiatria, de modo a possibilitar uma melhor compreensão desta realidade e uma posterior definição de uma estratégia de ação conjunta a nível Europeu (Girolamo & Neri, 2007; Salize & Dressing, 2007).

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aggernaes, H. (2002). Member States: Denmark. In H. Salize, H. Dressing & M. Peitz (Eds.), *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report* (pp. 60-64). Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.
- Albergaria, P. (2006). *A Lei de Saúde Mental*. Coimbra: Edições Almedina.
- Almeida, F., Marques, A.I., Castro, A.S., Coelho, C., Palha, J., Carneiro, L., ..., Alves, V. (2008). Internamentos compulsivos no Hospital de Magalhães Lemos. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 2, 87-102.
- Almeida, F., Moreira, D., Silva, V. & Cardoso, A. (2012). Internamento compulsivo. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 5, 49-66.
- Andrade, J. (2000). O internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica na perspectiva dos direitos fundamentais. In A. Carvalho, C. Rodrigues, A.V. Serra, J.F. Dias, C. Araújo, J.C. Andrade, A. Rodrigues, F. Mendes, A. Marques, H. Roque & J.L. Mota (Eds.), *A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo* (pp. 71-91). Coimbra: Coimbra Editora.
- Ballerini, A., Boccalon, R., Boncompagni, G., Casacchia, M., Margari, F., Minervini, L., ..., Scatigna, M. (2007). Main clinical features in patients at their first psychiatric admission to Italian acute hospital psychiatric wards. The PERSEO study. *BMC Psychiatry*, 7(3). doi: 10.1186/1471-244X-7-3
- Bartlett, P. (2011). "The necessity must be convincingly shown to exist": standards for compulsory treatment for mental disorder under the Mental Health Act 1983. *Medical Law Review*, 19(4), 514-547.
- Carta, M. (2002). Member States: Italy. In H. Salize, H. Dressing & M. Peitz (Eds.), *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report* (pp. 103-109). Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.

- Carvalho, A. (2000). Saúde Mental: A efectiva integração no Serviço Nacional de Saúde e os internamentos compulsivos. In A. Carvalho, C. Rodrigues, A.V. Serra, J.F. Dias, C. Araújo, J.C. Andrade, A. Rodrigues, F. Mendes, A. Marques, H. Roque & J.L. Mota (Eds.), *A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo* (pp. 11-18). Coimbra: Coimbra Editora.
- Christodoulou, G., Alevizos, B. & Douzenis, A. (2002). Member States: Greece. In H. Salize, H. Dressing & M. Peitz (Eds.), *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report* (pp. 87-95). Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.
- Cloos, J.M., Thillman, R., Spautz, J.M. & Pull, C. (2002). Member States: Luxembourg. In H. Salize, H. Dressing & M. Peitz (Eds.), *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report*. Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.
- Correia, D. & Almeida, F. (2012). O internamento e o tratamento involuntário na União Europeia. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 5, 95-113.
- De Hert, M. et al. (2002). Member States: Belgium. In H. Salize, H. Dressing & M. Peitz (Eds.), *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report* (pp. 51-59). Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.
- Decreto-Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. *Diário da República n.º 16998 – I Série A*. Ministério da Justiça. Lisboa.
- Dressing, H. & Salize, H.J. (2002). Member States: Germany. In H. Salize, H. Dressing & M. Peitz (Eds.), *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report* (pp. 82-86). Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.
- Dressing, H., Salize, H. & Gordon, H. (2007). Legal frameworks and key concepts regulating diversion and treatment of mentally disordered offenders in European Union member states. *European Psychiatry*, 22, 427-432.
- Engberg, M. (1991). Involuntary commitment in Greenland, The Faroe Islands and Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(4), 353-356.

- Girolamo, G. & Neri, G. (2007). Mental health in Europe: a long road ahead. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 63.
- Guaiana, G. & Barbui, C. (2004). Trends in the use of the Italian Mental Health Act, 1979-1997. *European Psychiatry*, 19, 444-445.
- Hamilton, J.R. (1983). Mental Health Act 1983. *British Medical Journal*, 286, 1720-1725.
- Hatfield, B., Huxley, P. & Mohamad, H. (1997). Social Factors and Compulsory Detention of Psychiatric Patients in the UK. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20(3), 389-397.
- Inpatients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983, and patients subject to supervised community treatment, Annual figures, England, 2011/2012 (2012, Outubro). Acedido a partir do endereço: <https://catalogue.ic.nhs.uk/publications/mental-health/legislation/inp-det-m-h-a-1983-sup-com-eng-11-12/inp-det-m-h-a-1983-sup-com-eng-11-12-rep.pdf> em Agosto de 2013.
- James, D. (2002). Member States: United Kingdom. In H. Salize, H. Dressing & M. Peitz (Eds.), *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report* (pp. 138-146). Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.
- Jarrett, M., Bowers, L. & Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 538-548.
- Jonas, C., Machu, A. & Kovess, V. (2002). Member States: France. In H. Salize, H. Dressing & M. Peitz (Eds.), *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report* (pp. 75-81). Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.
- Kallert, T.W., Katsakou, C., Adamowsk, T., Dembinskas, A., Fiorillo, A., Kjellin, L., ..., Solomon, Z. (2011). Coerced Hospital Admission and Symptom Change – A Prospective Observational Multi-Centre Study. *PLoS ONE*, 6(11), 1-7.
- Kaltiala-Heilo, R. (2002). Member States: Finland. In H. Salize, H. Dressing & M. Peitz (Eds.), *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report* (pp. 65-74). Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.

- Keown, P., Mercer, G. & Scott, J. (2008). Retrospective analysis of hospital episode statistics, involuntary admissions under the Mental Health Act 1983, and number of psychiatric beds in England 1996-2006. *British Medical Journal*, 337. doi: 10.1136/bmj.a1837
- Kinderman, P. & Tai, S. (2008). Psychological models of mental disorder, human rights, and compulsory mental health care in the community. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 479-486.
- Kjellin, L., Östman, O. & Östman, M. (2008). Compulsory psychiatric care in Sweden – Development 1979-2002 and area variation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 51-59.
- König, P. (2002). Member States: Austria. In H. Salize, H. Dressing & M. Peitz (Eds.), *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report* (pp. 46-50). Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.
- La recherche du consentement aux soins (2011, Outubro). Acedido a partir do endereço: <http://www.santementale.fr/inc/ddldoc.php?file=medias/pdf/encadre.pdf> em Agosto de 2013.
- Large, M.M., Nielssen, O., Ryan, C.J. & Hayes, R. (2008). Mental health laws that require dangerousness for involuntary admission might delay the initial treatment of schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 251-256.
- Mental Health Act 1983 (1983). Acedido a partir do endereço: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/pdfs/ukpga_19830020_en.pdf em Janeiro de 2013.
- Ng, X.T. & Kelly, B.D. (2012). Voluntary and involuntary care: three-year study of demographic and diagnostic admission statistics at an inner-city adult psychiatry unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(4), 317-326.
- Owen, G.S., Szmukler, G., Richardson, G., David, A., Hayward, P., Rucker, J., ..., Hotopf, M. (2009). Mental capacity and psychiatric in-patients: implications for the new mental health law in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 257-263.

- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martínez-Leal, R., ..., Wright, D. (2008). Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59(5), 570-573.
- Riecher-Rössler, A. & Rössler, W. (1993). Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 231-236.
- Rodrigues, C. (2000). Sobre o estatuto jurídico das pessoas afectadas de anomalia psíquica. In A. Carvalho, C. Rodrigues, A.V. Serra, J.F. Dias, C. Araújo, J.C. Andrade, A. Rodrigues, F. Mendes, A. Marques, H. Roque & J.L. Mota (Eds.), *A Lei de Saúde Mental e o Internamento Compulsivo* (pp. 19-52). Coimbra: Coimbra Editora.
- Salize, H.J. & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry*, 184, 163-168.
- Salize, H.J. & Dressing, H. (2007). Admission of mentally disordered offenders to specialized forensic care in fifteen European Union member states. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 336-342.
- Salize, H., Dressing, H. & Peitz, M. (Eds.) (2002). *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report*. Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health;
- Salize, H.J., Rössler, W. & Becker, T. (2007). Mental health care in Germany: Current state and trends. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 257, 92-103.
- Schudel, W. (2002). Member States: The Netherlands. In H. Salize, H. Dressing & M. Peitz (Eds.), *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report* (pp. 117-122). Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.
- Stefano, A. & Ducci, G. (2008). Involuntary Admission and Compulsory Treatment in Europe. *International Journal of Mental Health*, 37(3), 10-21.
- Steinert, T. & Lepping, P. (2009). Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries. *European Psychiatry*, 24, 135-141.

- Steinert, T., Lepping, P., Baranyai, R., Hoffmann, M. & Leherr, H. (2005). Compulsory admission and treatment in schizophrenia: A study of ethical attitudes in four European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 635-641.
- Svard, K.O. (2002). Member States: Sweden. In H. Salize, H. Dressing & M. Peitz (Eds.), *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report* (pp. 134-137). Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.
- Torres-Gonzalez, F. (2002). Member States: Spain. In H. Salize, H. Dressing & M. Peitz (Eds.), *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report* (pp. 131-133). Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.
- Vallejo, J. (2005). Introducción (I). In J. V. Ruiloba (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 1-20). Barcelona: Masson.
- Van der Post, L., Mulder, C., Bernardt, C., Schoevers, R., Beekman, A. & Dekker, J. (2009). Involuntary Admission of Emergency Psychiatric Patients: Report From the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatric Services*, 60(11), 1543-1546.
- Van der Post, L., Schoevers, R., Koppelmans, V., Visch, I., Bernardt, C., Mulder, N., ..., Dekker, J. (2008). The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry I (ASAP-I); a prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary treatment interventions in a metropolitan area. *BMC Psychiatry*, 8(35). doi: 10.1186/1471-244X/8/35
- Wallsten, T. & Kjellin, L. (2004). Involuntarily and voluntarily admitted patients' experiences of psychiatric admission and treatment – a comparison before and after changed legislation in Sweden. *European Psychiatry*, 19, 464-468.
- Walsh, D. (2002). Member States: Ireland. In H. Salize, H. Dressing & M. Peitz (Eds.), *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report* (pp. 96-102). Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.
- Xavier, M. (2002). Member States: Portugal. In H. Salize, H. Dressing & M. Peitz (Eds.), *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States: Final Report* (pp. 123-130). Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.

Zinkler, M. & Priebe, S. (2002). Detention of the mentally ill in Europe – a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 3-8.